

Una estimación del Impacto del Gasto en Atención a la Dependencia en Andalucía

TESIS DOCTORAL

Autor: D. ANTONIO VICENTE LOZANO PEÑA



Publicaciones y
Divulgación Científica

AUTOR: Antonio Vicente Lozano Peña

 <http://orcid.org/0000-0001-5242-9376>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Una estimación del Impacto del Gasto en Atención a la Dependencia en Andalucía

TESIS DOCTORAL

Autor: D. ANTONIO VICENTE LOZANO PEÑA

Directores:

Profesor Dr. D. Salvador Gómez Sala

Profesor Dr. D. José Antonio Camacho Ballesta



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA APLICADA
(HACIENDA PÚBLICA, POLÍTICA ECONÓMICA
Y ECONOMÍA POLÍTICA)

Facultad de Económicas
Campus El Ejido
29071 MÁLAGA

D. Jesús Salvador Gómez Sala, Catedrático del Departamento de Economía Aplicada (Hacienda Pública, Política Económica y Economía Política) de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Málaga y

D. José Antonio Camacho Ballesta, Profesor Titular del Departamento de Economía Internacional y de España de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Granada

ACREDITAN que la Memoria de Tesis titulada “*Una Estimación del Impacto del Gasto en Atención a la dependencia en Andalucía*” presentada por **D. Antonio Vicente Lozano Peña** para aspirar al grado de DOCTOR por la Universidad de Málaga, ha sido realizada bajo su dirección y autorizan su presentación para su defensa en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Málaga.

Para que así conste, firman el presente certificado en Málaga, a 10 de noviembre de 2015

Fdo. D. Jesús Salvador Gómez Sala

Fdo. D. José Antonio Camacho Ballesta

Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas, de pronto, cambiaron todas las preguntas

Mario Benedetti (1920-2009)

A la memoria de mis Padres

A Pilar

A Jaime y Miguel

AGRADECIMIENTOS

Una tesis doctoral es siempre un camino difícil de recorrer sin ayuda. En mi caso no bastan unas palabras protocolarias de agradecimiento para mostrar mi gratitud a quienes me han ayudado, pues difícilmente hubiera podido culminar el trabajo sin su colaboración. Esta experiencia, me ha vuelto a poner de manifiesto que tan importante es el camino como los que lo recorren contigo; tan importante alcanzar el destino como todo lo que te enriquece hasta alcanzarlo. Hasta el punto de que tengo que reconocer que sin su aliento y ayuda poco o nada habría recorrido, y sobre no tendría el regusto dulce de sentirme mejor persona, mejor investigador, mejor amigo porque han sido partícipes de este reto.

Es difícil recuperar la osadía y la voluntad que requiere abordar un trabajo que suele realizarse al principio de una carrera académica y no después de tantos años, muchos de ellos alejados de este mundo. Por eso mi deuda no puede saldarse con simples palabras que no sean hijas de la emoción. Mi agradecimiento nace de un emocionado, sincero y fuerte gracias.

Gracias en primer lugar a mis directores de tesis, Salvador Gómez Sala y José Antonio Camacho Ballesta, su compromiso me abrió la puerta para poder andar este camino. En Salvador Gómez he encontrado el hombre tranquilo y prudente que un doctorando ya mayorcito necesita. En José Antonio Camacho, mi amigo, un impulsor y un trabajador infatigable. Sin su aliento inicial y su convicción sobre el interés del tema y las posibilidades del mismo, nunca me hubiera embarcado en esta aventura. Sin su disciplina, más que prusiana, sus conocimientos, y su capacidad para navegar entre los números sorteando errores, jamás podríamos haber abordado una estimación partiendo del caudal de los miles de datos que hemos manejado.

Quiero expresar mi agradecimiento por su colaboración a la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, y al

Instituto de Cualificaciones de Andalucía. Su ayuda ha sido inestimable para poner en marcha la estimación que sustenta esta tesis doctoral.

Por otra parte debo agradecer a David Armengol, Moisés Fernández, Gaspar Llanes y Jesús Sánchez, sus valiosos comentarios para enfocar los problemas de la estimación. Asimismo, quiero agradecer a Mercedes Rodríguez su ayuda para abordar el siempre complicado mundo de los modelos econométricos. También a Enrique Cruz y a Cristina Fernández-Shaw sus comentarios.

Gracias de corazón a Silvia, Felicidad, Lourdes, Antonio, Mari Ángeles y Ventura. En ellos fui encontrando todo lo que necesité a lo largo de este trabajo, sobre todo su generosidad y amistad. A Silvia Oliveira gracias porque su apoyo, paciencia y fiabilidad son los artífices de que todos y cada uno de los números de esta tesis estén en su lugar, y desde luego hay muchos. Gracias a Felicidad García, por su generosidad y sus aportaciones, pero todo por su habilidad para transformar una idea en un cálculo y de hacerlo con una sonrisa. Gracias a Lourdes Navarrete, siempre atenta, siempre dispuesta a ayudar, a discutir, a estudiar si hace falta, y sobre todo a remangarse para solventar lo grande y lo pequeño. Gracias a Antonio Ávila, con quien comparto tantas cosas y desde hace tanto tiempo que es imposible que no apareciera en mi tesis, solo él es capaz de poner orden en el caos que era la primera versión del capítulo dos. A María de los Ángeles Rastrollo, por su ayuda, especialmente en los momentos finales en los que el cansancio y el anhelo de acabar te hacen, muchas veces, bajar la guardia, para culminar el trabajo como lo empecé, con ilusión y rigor.

Y por último, gracias a Ventura Aguilera, por estar, por comprender, por discutir, por dejar espacio y estar cerca, sabiendo qué hacer en cada momento, por su insistencia en el sujeto, verbo y predicado, aunque no le haya hecho mucho caso. Ha sido inspiración, contraste, corrector, maquetador y cuantas cosas he necesitado. Gracias por tantas horas y por tantos momentos interesantes.

Cuando llego al final de estos agradecimientos es el momento de mi familia. Ella es la que ha compartido y sufrido todas las renunciaciones que supone realizar una tesis

doctoral. Por todas las horas de encierro que no pude estar con vosotros, gracias por vuestra comprensión y apoyo. A mis hijos, Jaime y Miguel, artífices de mi ilusión y mi esperanza, gracias porque cada ¡Ánimo Paaarre! ha sido el combustible de tantas horas de trabajo.

Y, por último, gracias a Pilar, mi mujer, mi compañera, mi pilar. Nada en mi vida ha sido posible sin ella. Gracias, porque en estos momentos tan difíciles para ella no ha dejado de caminar a mi lado ni un solo instante, abriendo paso o empujando, ayudándome a enfocar los temas o corrigiendo textos, no ha dudado ni un momento de que llegaría al final, y gracias a eso he llegado hasta aquí.

Málaga, Enero de 2016

Índice de contenido

INTRODUCCIÓN. ¿Por qué la dependencia? Objetivos, método y contenido de la investigación	19
CAPÍTULO 1. POLÍTICA SOCIAL Y ESTADO DEL BIENESTAR. EL DEBATE EFICIENCIA Y EQUIDAD	31
1.1. <i>Política Social: Bases conceptuales</i>	32
1.1.1. La cuestión de la distribución: Economía del Bienestar y política Social	33
1.1.2. Política social: de las necesidades a la Políticas.	37
1.2. <i>Política Social, Estado del Bienestar y Sociedad del Bienestar</i>	52
1.2.1. Política social y Estado del Bienestar	52
1.2.2. Estado del Bienestar y Sociedad del Bienestar	56
1.3. <i>El debate eficiencia-equidad</i>	58
CAPÍTULO 2. EL CONTEXTO DE LAS POLÍTICAS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN: EL ESTADO DEL BIENESTAR	69
2.1. <i>El Estado del Bienestar: orígenes y características</i>	70
2.1.1. Los determinantes de la aparición de los estados del bienestar: teorías explicativas	70
2.1.2. El avance del Estado Bienestar hasta su <i>Edad de Oro</i>	72
2.1.3. Fundamentos y funcionamiento del Estado del Bienestar	74
2.2. <i>Regímenes de Bienestar</i>	79
2.2.1. Estado versus estados del bienestar: los regímenes de bienestar	79
2.2.2. Los Regímenes del Bienestar de Esping-Andersen	82
2.2.3. Otros regímenes de Bienestar	91
2.3. <i>La reforma permanente de los estados del bienestar. Crítica neoliberal, retrechment y resiliencia.</i>	
¿Una nueva Edad de Bronce de los estados del bienestar?	98
2.3.1. Crisis de los setenta, crítica neoliberal y <i>Retrechment</i>	99
2.3.2. La Edad de Plata del Estado del Bienestar: resiliencia, reforma o recalibración	101
2.3.3. La doble crisis del Estado del Bienestar: ¿Una nueva Edad de Bronce?	105
2.4. <i>El nuevo contexto para el Estado del Bienestar: nuevos riesgos sociales y nuevos enfoques</i>	106
2.4.1. El contexto del Estado del Bienestar en el nuevo siglo: globalización y cambio social	107
2.4.2. Nuevos y viejos riesgos sociales	110
2.4.3. ¿Hacia dónde los cambios en el estado del bienestar?	112
2.4.4. El nuevo eje de los estados del bienestar: la activación	114
2.5. <i>El Nuevo paradigma emergente: el Estado de Inversión Social</i>	119
2.5.1. El enfoque de la inversión social: origen y concepto	120
2.5.2. Características principales del enfoque de Inversión Social	123
2.5.3. La Inversión Social paradigma emergente	127
2.6. <i>El Estado del Bienestar en España</i>	129
2.6.1. Los orígenes del Estado del Bienestar en España	130
2.6.2. La restauración democrática: modernización y ampliación del Estado del Bienestar	136
2.6.3. El siglo XXI: entre la recalibración y el retrechment	142
CAPÍTULO 3. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN. MODELOS Y PERSPECTIVAS DE FUTURO	147
3.1. <i>Dependientes y Cuidados de larga Duración: Conceptos</i>	148
3.2. <i>Cambios socioeconómicos y cuidados de larga duración. La “Crisis de los cuidados”: un reto para los Estados del Bienestar</i>	152
3.2.1. Los cuidados de Larga duración como nuevo riesgo social: la crisis de los cuidados	152
3.2.2. Factores determinantes de la crisis de los cuidados	155
3.2.3. El reto de avanzar en el desarrollo de un Estado del Bienestar capaz de dar respuesta al riesgo de la dependencia y de los cuidados de larga duración.	158

3.3.	<i>Modelos de cuidados de larga duración: especial referencia a Europa</i>	169
3.3.1.	Modelos de cuidados de Larga duración	172
3.2.2	La Convergencia de modelos: Rasgos comunes	176
3.4.	<i>Los cuidados de larga duración, perspectivas de futuro</i>	180
3.4.1.	Población, dependientes y cuidadores: perspectivas de futuro	180
3.4.2.	El coste de los Cuidados de Larga Duración: proyecciones de futuro	188
CAPÍTULO 4. CUIDADOS DE LARGA DURACION EN ESPAÑA: LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA		193
4.1.	<i>Los cuidados antes de la implantación de la ley de dependencia</i>	194
4.2.	<i>La ley de dependencia cuarto pilar del Estado del Bienestar en España</i>	198
4.2.1	Principios de la ley	200
4.2.2.	Beneficiarios y Elegibilidad	201
4.2.3.	Prestaciones	203
4.2.4.	Financiación	208
4.2.5.	Gobernanza	215
4.3	<i>La evolución de la atención a la dependencia: el desarrollo real del modelo previsto en la LAPAD</i>	216
4.3.1.	Más dependientes y menos servicios de los esperados: la implantación real del SAAD	216
4.3.2	La crisis y el modelo de atención a la dependencia	223
4.3.3.	Cuidadores formales e informales	229
4.3.4.	La dependencia en las Comunidades Autónomas: una perspectiva de la evolución del modelo de CLD	230
4.4.	<i>Gasto y financiación</i>	233
4.4.1.	Un problema de base para el estudio del gasto y la financiación de la dependencia: la ausencia de datos globales	233
4.4.2.	Las reformas de la atención a la dependencia con incidencia económica: especial referencia al Real Decreto Ley 20/ 2012	235
4.4.3.	Evolución del gasto y la distribución de la financiación	241
4.4.4.	Estimación de la cuantía de los recortes y distribución por administraciones de los ahorros	244
4.5.	<i>Impacto económico y sobre el empleo</i>	250
4.5.1.	Impacto económico	252
4.5.2.	Impacto sobre el empleo	256
4.6.	<i>Perspectivas de futuro</i>	265
4.6.1.	Un envejecimiento creciente en una población en disminución, con mayor número de dependientes y menos cuidadores	266
4.6.2.	Un gasto en CLD con un crecimiento futuro muy intenso que puede superar a largo plazo al gasto en educación	273
CAPÍTULO 5: APROXIMACIÓN AL IMPACTO DE LA DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA: CARACTERIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN Y ESTIMACION DEL GASTO		279
5.1.	<i>La aplicación en Andalucía de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención la Dependencia: una rápida consolidación</i>	280
5.1.1.	El modelo de Atención a la dependencia en Andalucía: beneficiarios y prestaciones	280
5.1.2.	El modelo de Atención a la dependencia en Andalucía: gasto público por administraciones	287
5.2.	<i>Caracterización de la dependencia en Andalucía: fuente de información</i>	290
5.2.1.	La base de información: la construcción de la Base de Datos de Usuarios Dependientes, BDUD 2014.	291

5.3.	<i>Caracterización de la dependencia en Andalucía</i>	295
5.3.1	Dependientes: sexo, edad, provincia y renta	295
5.3.2	Grado de dependencia	298
5.3.3	Prestaciones	301
5.3.4	Distribución del gasto	304
5.3.5	Una perspectiva territorial de la dependencia en Andalucía	308
5.4.	<i>El gasto en atención a la dependencia en Andalucía: estimación del gasto total y por tipo de prestación en 2014</i>	318
5.4.1.	Las estimaciones del gasto en atención a la dependencia en Andalucía	318
5.4.2.	La estimación del gasto en atención a la dependencia en Andalucía para 2014: Fuentes de información e hipótesis	320
5.4.3.	La estimación del gasto en atención a la dependencia en Andalucía para 2014	324
CAPÍTULO 6. APROXIMACIÓN AL IMPACTO DE LA DEPENDENCIA: ACTIVIDAD ECONÓMICA, EMPLEO, RETORNO FISCAL Y REDISTRIBUCIÓN		331
6.1.	<i>Metodología para estimación del impacto: el modelo Input-Output</i>	331
6.1.1.	Modelización y estimaciones de impacto: la idoneidad del enfoque Input-Output.	331
6.1.2.	El modelo Input-Output	334
6.1.3.	Estimación de impactos: tipos de efectos y multiplicadores	342
6.1.4.	Endogenización del consumo. La matriz de Leontief ampliada	349
6.1.5.	Fuentes y proceso de estimación	351
6.2.	<i>Estimación del impacto en la actividad económica</i>	357
6.2.1.	Impacto directo	358
6.2.2.	Impacto indirecto	361
6.2.3.	Impacto inducido	366
6.2.4.	Impacto total	372
6.3.	<i>Estimación del impacto en el empleo</i>	381
6.3.1.	Estimación con el modelo Input-Output	382
6.3.2.	Estimación con fuentes indirectas	385
6.3.3.	Aproximación al perfil de las personas empleadas en el sector de la dependencia a través de las solicitudes de acreditación profesional por experiencia laboral	389
6.3.4.	Una comparativa de personas usuarias, gasto, impacto económico y empleo entre transferencias y servicios	396
6.4.	<i>Estimación del retorno fiscal el gasto en atención a la dependencia</i>	398
6.4.1.	Obtención del retorno fiscal del gasto en dependencia	398
6.4.2.	Distribución de los ingresos y los costes por nivel de administración	404
6.4.3.	El esfuerzo financiero neto	408
6.4.4.	Análisis de la consideración de una parte de Financiación Autonómica como aportación de la AGE a la dependencia	411
6.5.	<i>Análisis de los factores determinantes de la elección del tipo de prestación para el cuidado de Larga duración: La política de atención a la dependencia como política redistributiva.</i>	414
6.5.1.	Metodología: modelos logísticos	415
6.5.2.	Resultados	418
7.	CONCLUSIONES	429
ANEXO. Gráficos y Cuadros complementarios al capítulo 6.		447

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	467
ÍNDICE DE GRÁFICOS	509
ÍNDICE DE CUADROS	513
ÍNDICE DE MAPAS	517

INTRODUCCIÓN. ¿Por qué la dependencia? Objetivos, método y contenido de la investigación

Hablar de dependencia y de atención a las personas en esta situación nos evoca, cada vez con más frecuencia, la experiencia propia pues es difícil que, en el día a día de nuestra sociedad, ésta no forme parte de la realidad más cercana.

La cotidianidad y gravedad del problema, individual, familiar y colectivo que supone dar satisfacción a las necesidades de las personas dependientes no se ha trasladado con similar intensidad a la investigación científica, como si los problemas individuales y las respuestas colectivas formaran parte de dimensiones separadas.

Es cierto que para determinados ámbitos científicos constituye un objeto fundamental de reflexión e investigación. También lo es que la promulgación de la *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD)* ha impulsado multiplicidad de trabajos sobre estos temas, pero en el ámbito de la economía, como casi todo lo que tiene que ver con las políticas sociales, no ha tenido una penetración de intensidad equivalente a los retos sociales y económicos con los que nos enfrentamos; situación que trae causa de la carga negativa que el enfoque neoclásico ha incorporado a la cuestión de la equidad y a las políticas asociadas a ellas.

La etiqueta “social” ha estado disociada de la “económica”, de tal forma que, frecuentemente, se han planteado como objetivos contradictorios, quedando la primera, las más de las veces, condicionada a la segunda. Esta dicotomía que ha tenido desde su origen mucho más de ideología que de ciencia, a pesar de la fuerza con la que la Economía ha reclamado su espacio como ciencia del ser y no del deber ser y, por tanto, exenta de apriorismos que perturbaran sus conclusiones, hoy, en la economía del conocimiento, carece de sentido.

A estas alturas del debate resulta tan obvio afirmar que lo social es la expresión colectiva de lo humano como que este capital es la clave de cualquier modelo económico competitivo dentro de un mundo globalizado. Por ello, en una economía

que se basa en el pleno desarrollo de las capacidades de las personas, de forma que el capital humano constituye el principal activo, carece de toda lógica separar el progreso social del productivo e imprescindible asumir la eficiencia y la equidad como objetivos indisolublemente unidos.

El ejercicio de reflexión realizado en el marco de mi trayectoria formativa, me ha permitido incorporar la experiencia personal al gran debate que ha presidido dos siglos de Ciencia Económica. Avanzar en esta cuestión es una forma de, contribuir humildemente, a clarificar un tema crucial: conectar nuestro bienestar con nuestra capacidad para generarlo; un reto al que investigadores e investigadoras, sociedad civil y poderes públicos tratan de dar respuesta.

La dependencia o, para ser más precisos, la problemática vinculada a la prestación de cuidados las personas con dependencia, centra el interés del trabajo que ahora se presenta para obtener el grado de doctor.

Como trataremos de mostrar a lo largo de esta tesis, los cuidados a la dependencia forman una parte de creciente interés e importancia en todo el entramado de políticas sociales a las que vinculamos nuestro bienestar, y que constituyen el núcleo del moderno debate sobre la capacidad que tienen los Estados del Bienestar para afianzar el desarrollo económico.

La realización de una tesis doctoral es el resultado de la conjunción entre deseo y factibilidad. La falta de uno de ellos frustra la posibilidad de acometer el proyecto con éxito. En el caso que nos ocupa el interés es resultado de una experiencia profesional que nace en los alrededores del ámbito académico como participante activo en la puesta en marcha y desarrollo del Sistema de Atención a la Dependencia en Andalucía; conocimiento que acumuló multitud de interrogantes y desafíos pendientes, especialmente la relación entre el esfuerzo financiero para sostenerlo y el impacto económico del mismo, que no se formalizaron por las exigencias de tiempo propias de las tareas ejecutivas.

El regreso al mundo académico me permitió retomar esta inquietud y con ella la necesidad de valorar su grado de factibilidad.

Es cierto que esta cuestión siempre descansa sobre tres puntos: teoría, método y disponibilidad de datos; la existencia de éstos últimos, las dudas sobre cómo abordar el análisis y la elección o desarrollo del paraguas interpretativo del análisis que pretendía realizar, centraron mis preocupaciones principales.

Si desde mi primera aproximación al estudio del Estado del Bienestar quedo claro la existencia de un base teórica capaz de guiar el estudio del impacto de la atención a la dependencia, el hecho de que las personas en situación de dependencia fueran receptoras de prestaciones de forma regular, evidenciaba la existencia de registros administrativos, es decir de datos, aunque, a priori, éstos no necesariamente satisficieran las exigencias propias del análisis científico.

En cuanto al método, la dirección de la elaboración de las tablas Input-Output de la economía de la provincia Jaén, un viejo trabajo traído a la memoria como resultado de una mudanza de despacho, dio la clave sobre cómo abordarlo.

Por último, de la sensibilidad de los responsables de la gestión del Sistema de Atención a las personas dependientes en Andalucía pertenecientes a la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales y a la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, vio la luz las bases de datos que soportan esta investigación, una tarea no exenta de dificultad para la que se cruzaron centenares de mil de datos, y que constituye una de las principales novedades de este trabajo, ya que es la primera vez que se trabaja con datos reales directos, no de una encuesta u otras fuentes indirectas, del conjunto de la población atendida, no de una muestra.

Cuidados de Larga Duración y Dependencia: un riesgo emergente que plantea uno de los principales retos de futuro.

El debate sobre la relación entre eficiencia y equidad, que ha presidido en gran medida el avance de la ciencia económica en los dos últimos siglos, tiene en el impacto de los

Cuidados de Larga Duración en el marco de la nueva configuración de los Estados del Bienestar, una de sus expresiones actuales.

La fortaleza del pensamiento teórico neoclásico que insiste en el efecto negativo sobre el crecimiento del Estado del Bienestar, contrasta con la falta de contundencia de la evidencia empírica que lo confirme (Mares, 2010). Es cierto que existe tanto evidencia empírica a favor como en contra de esta correlación negativa (Ahn y Kim, 2015), lo cual ha suscitado un debate sobre la forma medir esta relación. La controversia se centra en medir la relación entre crecimiento y Estado del Bienestar utilizando como variable el total de gasto social, obviando su composición, el conocido en la literatura como *el problema de la variable dependiente* (Green-Pedersen, 2004).

Esta polémica sobre el papel del Estado del Bienestar, modalidad actual de la política social (Donati y Lucas, 1987), ha acompañado a investigadores y políticos desde que el modelo Keynesiano del Estado del Bienestar entra en crisis en los años setenta y reaparece con fuerza el pensamiento neoliberal abanderado por Hayeck (1982). Las reformas sufridas por el Estado del Bienestar desde entonces han estado rodeadas del debate sobre recortar, el llamado *Retrechment* (Del Pino, 2004), o reformar o fortalecer, lo que algunos autores han llamado la recalibración (Moreno, 2013).

Los cambios en el contexto económico, social y demográfico que han dado lugar a la aparición de nuevos riesgos sociales (Beck, 2002) en convivencia con los viejos que originaron el Estado del Bienestar después de la II Guerra Mundial, han impulsado estas reformas, a la vez que han planteado la necesidad de una relación más estrecha entre política social y desempeño económico. Las nuevas orientaciones sobre el Estado del Bienestar coinciden en la vinculación entre bienestar y economía, la importancia de su composición, objetivos, orientación e instrumentos, y su papel más como preparador que reparador, lo que ha llevado al debate de la consideración del gasto social, o una parte de él, como una inversión.

Este es el sentido del paradigma emergente sobre el Estado del Bienestar que en su término más aceptado se conoce como *Estado de Inversión Social* (Morel, Olier y

Palme, 2012c, 2015; Hemerijck, 2012a; Cantillon, 2011; Mahon, 2012). Su interés es la vinculación entre política social y económica por la vía de la importancia que atribuye al capital humano, y la importancia que la educación y la igualdad de oportunidades de la mujer, como instrumento para el desarrollo de su potencial, tienen como herramientas de capitalización. Lo que transforma al Estado del Bienestar en una inversión necesaria para asegurar el crecimiento económico.

Es precisamente el nuevo contexto económico y social, con la transformación de la producción, el trabajo, la familia y roles de género tradicionales, el que ha situado en primera línea todo aquello que restringe este potencial productivo, entre lo que se encuentra, sin lugar a dudas, lo que ha dado en denominar *crisis de los cuidados* (Carrasco, 2013). Expresión que viene a evidenciar las dificultades de dar respuesta a las necesidades de cuidados con una demanda creciente, empujada por el fenómeno demográfico del envejecimiento y las necesidades que genera, y la reducción de la oferta tradicional familiar, como consecuencia de la incorporación de la mujer al trabajo y de la propia evolución demográfica que restringe el potencial de cuidadores. Situación que pone de manifiesto la enorme importancia de la provisión de cuidados, so pena no solo de desproteger a nuestros mayores y generar una desigualdad inadmisibile, sino también de socavar nuestra capacidad competitiva.

Desde este punto de vista, la atención a la dependencia es, sin lugar a dudas, uno de los grandes retos de futuro de las sociedades que envejecen aceleradamente, al que España y Andalucía no sólo no son ajenos, sino que presentan rasgos que lo amplifican. Sin embargo, es un fenómeno que adolece de importantes lagunas de conocimiento. Tras ocho años desde la puesta en marcha de la LAPAD no existe un sistema de información que pueda recibir tal denominación. Asimismo, se acumulan graves déficit de análisis, no tanto porque este tema sea ajeno a las preocupaciones del personal investigador y de los directamente responsables de su gestión, sino por la carencia de una perspectiva integral que conecte la realidad social, el cambio económico y la necesidad de transformación de los modelos de bienestar en general y

de cuidados en particular, el gasto necesario para su desarrollo y el impacto económico asociado; enfoque holístico que se adopta en este trabajo.

Ante la falta de información resulta pertinente caracterizar a las personas en situación de dependencia, aportar referencias de gasto y evaluar los efectos económicos asociados a éste; cuestión esta última que no deja de ser sorprendente dada la profusión de estimaciones de impacto realizadas para todo tipo de eventos o infraestructuras físicas.

Mientras el sistema de atención a la dependencia, y el gasto que lo sostiene, sean considerados como una carga que lastra las cuentas públicas cuya sostenibilidad se fía exclusivamente al crecimiento económico, sin considerar lo que vincula a uno y otro, el problema de los cuidados seguirá siendo un fenómeno que emerge cada vez más pero que no se termina de comprender. Y no se entiende, especialmente, su papel en el nuevo modelo económico y social en el que los cuidados ya no pueden tener la misma respuesta que en el modelo de bienestar segregador de género en el que el trabajo formal masculino y el informal de cuidados femenino garantizaban el crecimiento económico y altos niveles de bienestar. Y el primer paso para entender el fenómeno es cambiar la perspectiva y superar la idea de que los cuidados no constituyen una fuente de actividad, ya que ha dejado de ser una cuestión que se soluciona en el entorno familiar. Es decir un sector de actividad que presta un servicio esencial en el modelo de crecimiento actual.

Entender su contribución al crecimiento pasa, en primer lugar, por dimensionar su impacto y determinar si puede atribuírsele un carácter motriz a corto plazo, como paso previo a determinar de qué forma refuerza el potencial a largo plazo, modificando la oferta de la economía.

La intensidad de la crisis de origen financiero ha magnificado el debate de cuanto se gasta, alentado por la falta de información, y de cuanto se recorta, cuando el debate hay que centrarlo en el esquema tradicional del flujo circular de la renta que los economistas aprendemos en los primeros días de facultad, formulando la pregunta de

cuanta es la capacidad de arrastre del gasto en dependencia. Utilizando el símil de las fases lunares, igual que la luna no es, aunque no se vea el resto, la imagen parcial de los cuartos menguantes o los cuartos crecientes, sino la luna llena, la atención a la dependencia no es solo el gasto que genera sino la actividad que induce.

Y sobre todo comprender dos aspectos que nos proponemos verificar: que el envejecimiento y el cambio social impulsan el gasto, porque no cabe un retroceso hacia modelos de atención informales, y que el volumen proyectado de gasto convierte en crucial cuantificar los impactos para diseño de políticas que potencien el factor multiplicador de este gasto.

Objetivos de la investigación

Dentro del marco expuesto el **objetivo principal** del trabajo es cuantificar el impacto en términos de actividad, empleo y retorno fiscal del gasto en atención a la dependencia en Andalucía, como un paso para situar este gasto tipo de gasto, y el social en general, en la órbita de la inversión. La **hipótesis básica** a verificar es que el impacto del gasto en atención a la dependencia en los principales agregados económicos y en el empleo muestra una fuerte capacidad de arrastre, por lo que se podría afirmar que la atención a la dependencia tiene un carácter motriz.

Asociados a este objetivo fundamental existen un conjunto de **objetivos instrumentales**, de contexto podríamos denominarlos, que pretenden enmarcar este objetivo en la arquitectura del cambio de modelo bienestar y en el papel central de los cuidados de larga duración. Se trata de situar y explicar la irreversibilidad del cambio y relacionarlo con la necesidad de valorar el impacto económico y de su retorno fiscal.

- El primero de esos objetivos es situar los cuidados en el modelo de Estado de Bienestar y su transformación, vinculando cambio social, fuentes de crecimiento y cuidados.
- El segundo es verificar cuáles son los factores que determinan la centralidad de los cuidados de larga duración en el contexto del cambio de los modelos de

Estado de bienestar: la demanda de cuidados, la oferta o ambos, valorando su irreversibilidad y dimensionando el problema y el cambio a acometer.

- El tercero, es valorar el grado de transformación del modelo de Cuidados de Larga Duración en España a raíz de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- El cuatro, estudiar la evolución del gasto para analizar el modelo de financiación como factor incentivador de la transformación del modelo de cuidados.
- El quinto objetivo se dirige a caracterizar el modelo de atención a la dependencia desarrollado en Andalucía en el marco del sistema diseñado en la LAPAD.
- Por último, se pretende estimar el gasto de la dependencia en Andalucía, diferenciando el público y privado y por tipo de prestación y servicio.

Sobre la base de estos objetivos de instrumentales para verificar la hipótesis formulada y alcanzar el objetivo principal es necesario alcanzar los siguientes **objetivos específicos**:

1. Calcular la contribución a los grandes agregados macroeconómicos de Andalucía.
2. Valorar la capacidad de generación de empleo y aproximar el perfil de quienes encuentran trabajo en este sector verificando su incidencia sobre colectivos con bajo nivel de inserción laboral.
3. Estimar el retorno fiscal generado por la actividad impulsada por el gasto en dependencia y calcular el esfuerzo financiero neto de cada Administración en dependencia.
4. Evaluar el grado en el que el sistema de cuidados actúa como política redistributiva vinculando las características de los dependientes y la prestación asignada.

Metodología

Para el cálculo del gasto se ha partido de la confección de una base de datos de beneficiarios de prestaciones y servicios de atención a 31 de Diciembre de 2014, con datos sobre coste público y participación del usuario, y de capacidad económica. Lo que ha permitido calcular el gasto público privado y total y por tipos de servicios sin tener que recurrir a fuentes indirectas.

Para la estimación de los impactos se ha utilizado la metodología Input-Output, metodología contrastada para estimar los efectos de demanda provocados por una modificación de una variable exógena del sistema, como puede simularse para el gasto en dependencia. Para ello se ha utilizado el Marco Input-Output de Andalucía (MIOAN) de 2010 (IECA, 2015), de reciente publicación. No obstante, la tabla simétrica y la inversa de Leontief del MIOAN 2010, solo permiten calcular los efectos directo e indirecto generados por la demanda asociada al gasto para la dependencia. Con estos instrumentos se infravalora el impacto real, en la medida que se ignoran los efectos inducidos por los incrementos de renta generados por los requerimientos producidos, directa e indirectamente, para atender la demanda que supone el gasto en dependencia. Para calcular este efecto hay que endogeneizar la demanda de consumo pasando a convertirla en una variable endógena del modelo intersectorial. Esto ha implicado construir expresamente para este cálculo una matriz ampliada de Leontief, procediendo a una estimación específica de la fila adicional ampliada. Una vez calculada se pudo estimar el efecto inducido. La tabla se utilizó también para una de las estimaciones de empleo realizadas, mientras que para la otra se ha utilizado un método basando en indicadores de actividad.

Finalmente para estimar la relación entre prestación y características de los dependientes se construyeron distintos modelos logísticos binarios, y un modelo multinomial.

Desarrollo del trabajo de Investigación

Para alcanzar los objetivos planteados, el trabajo se estructura en 6 capítulos. El primero, persigue clarificar los conceptos alrededor de las políticas sociales y el Estado del Bienestar, así como centrar el debate eficiencia–equidad en relación con el gasto social, que es un eje básico de análisis y discusión a lo largo de todo el trabajo.

El capítulo 2, analiza el contexto en el que se insertan los modelos de cuidados de larga duración: el Estado del Bienestar. Se realiza un análisis de su evolución desde su Edad de Oro hasta la configuración del nuevo paradigma emergente de la Inversión Social, analizando los distintos regímenes y sus transformaciones en respuesta a los cambios registrados, y poniendo de manifiesto el papel creciente que en los modelos de bienestar juegan los Cuidados de Larga Duración (CLD). El capítulo finaliza con una revisión de la evolución del Estado del Bienestar en España y sus características, que permita enmarcar el modelo surgido de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

El Capítulo 3 se centra en explicar los factores que explican la centralidad que en el debate del bienestar han adquirido los CLD en torno al concepto de Crisis de los Cuidados, repasando los modelos de CLD asociados a los distintos regímenes de Bienestar en Europa, estableciendo los escenarios de gasto a futuro que permitan situar el desarrollo que van a registrar los modelos de atención a los dependientes, poniendo de manifiesto que, con matices por países, la centralidad que van adquiriendo es un fenómeno general.

En el capítulo 4 se analizan los CLD en España, estudiando el modelo diseñado con la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia y su evolución real, valorando sus reformas y los recortes de gasto. Se estudia el modelo de financiación para valorar si es un elemento que incentiva o no la transformación del modelo de base familiarista que la LAPAD pretendía cambiar. Se repasa su impacto económico y en el empleo. Finaliza, pasando revista a las proyecciones de gasto

futuro, analizando cuales son los factores que pueden influir en el espectacular crecimiento del gasto previsto.

El capítulo 5, es el primero de los dos dedicados a la estimación del impacto de la dependencia en Andalucía. En éste, se intenta caracterizar el modelo de atención desarrollado en la comunidad autónoma, analizando cuál ha sido su evolución y su situación actual, utilizando una base de datos de dependientes a 31 de Diciembre de 2014 construida a partir de la información suministrada por la ASSDA. Se calcula el gasto total por grandes tipos de prestación, tanto total como privada y pública, siendo la primera vez que se utilizan fuentes directas de la realidad de los dependientes para el cálculo y no estimaciones basadas en fuentes indirectas, lo que aporta una extraordinaria fiabilidad al cálculo.

El último capítulo, el 6, es el segundo dedicado a la estimación del impacto de la dependencia en Andalucía, abordando el cálculo de la repercusión del gasto de los distintas variables. Así, tras la presentación de la metodología Input-Output y la solución adoptada para calcular el efecto inducido, se analiza para cada efecto, directo, indirecto, inducido y total, su impacto en los principales sectores y agregados macroeconómicos. A continuación se estiman, utilizando dos métodos alternativos, la capacidad de generación de empleo de la atención a la dependencia, y se realiza una aproximación a las características de las personas que se ocupan en esta actividad. El cálculo del retorno fiscal permite estimar el Esfuerzo Financiero Neto por administración como instrumento para valorar el grado de simetría de la aportación de cada administración. El capítulo finaliza analizando la influencia de los distintos rasgos que caracterizan a los dependientes que pueden explicar la asignación de uno u otro recurso para su atención.

CAPÍTULO 1. POLÍTICA SOCIAL Y ESTADO DEL BIENESTAR. EL DEBATE EFICIENCIA Y EQUIDAD

Las políticas sociales y su reflejo en el presupuesto público son objeto de un intenso debate respecto del carácter que debe atribuirse a esta tipología de gasto. Si ha estado presente en el debate de fondo durante las últimas décadas, no es hasta la crisis económica cuando su discusión ha cobrado protagonismo, con evidentes repercusiones en la práctica política, la sostenibilidad fiscal y su contribución al crecimiento económico y al empleo.

La vieja controversia de eficiencia y equidad ha formado parte nuclear del análisis de las políticas sociales desde que pueden considerarse como tales y especialmente desde que se configura el Estado del Bienestar, dando dimensión y estructura política al esfuerzo financiero que reclama del sector público. Sin embargo, el desarrollo de este sistema de protección y su crisis a raíz del cambio de contexto económico y social ha promovido un debate en el que cada vez más voces atribuyen al gasto social el carácter de condición necesaria respecto de la eficiencia productiva y, por ende, del crecimiento económico. A este planteamiento ha contribuido no solo la evidencia empírica, no concluyente ni exenta de polémica de la relación positiva entre gasto social y crecimiento económico, sino también los desarrollos teóricos sobre la propia política social y el Estado del Bienestar que han acabado por acuñar el concepto de inversión social.

Sea como una parte del gasto social, sea como la consideración del conjunto de la política social, lo cierto es que el papel activo, no restrictivo, que supone la consideración de este tipo de gasto como inversión y no como consumo, ha aportado una perspectiva enriquecedora a la dualidad eficiencia-equidad de enormes consecuencias analíticas y, por supuesto, políticas.

Este enfoque novedoso sitúa a las políticas sociales en otra dimensión respecto al crecimiento económico y el bienestar, otorgándoles capacidad para contribuir a la gobernanza de los intensos cambios sociales de carácter global al menos en el

conjunto de países desarrollados, mayoritariamente europeos, que han alcanzado notables niveles de cohesión gracias a la profundidad y amplitud del Estado del Bienestar.

El capítulo se centra en la revisión de los conceptos relacionados con la satisfacción de las necesidades sociales y sus elementos estructurales, la delimitación de gasto social, políticas sociales y Estado del Bienestar, para posteriormente abordar el debate en torno a la compatibilidad entre equidad y eficiencia y, por lo tanto, el papel que las políticas sociales cumplen en el crecimiento económico..

1.1. Política Social: Bases conceptuales

Para situar adecuadamente el análisis sobre cualquier forma de intervención de una sociedad, al objeto de dar respuesta a un problema social que, sin dejar de ser un problema individual, demanda una respuesta colectiva, es necesario clarificar el marco conceptual y situar dicha respuesta en lo que constituye el conjunto articulado de actuaciones con el que una sociedad atiende este tipo de problemas.

Todo surge de una cuestión primigenia que tiene que ver con la distribución de la riqueza y la renta y, por tanto, con las posibilidades que tienen los individuos de satisfacer sus necesidades materiales y afrontar los riesgos a largo de su ciclo vital. En este sentido, es destacable la pertinencia de una aproximación económica, con las garantías propias del enfoque científico, sin perjuicio de la necesaria complementariedad de otras disciplinas de carácter social. Por ello iniciamos la discusión del capítulo con una referencia a la economía de Bienestar que permita observar la respuesta al problema de la distribución desde la perspectiva de la elección de política social.

Precisar los términos y el alcance de este tipo de elecciones implica involucrar un conjunto de términos, la mayoría de ellos adjetivados como sociales. Hablamos de necesidad social, derecho social, política social, protección social, gasto social, Estado del Bienestar o Sociedad del Bienestar y muchos otros, muchas veces concomitantes y

complementarios, que demandan una diferenciación nítida al objeto de introducir rigor en el análisis.

Para acometer este esfuerzo de precisión no es posible sustraerse del contexto histórico - social, económico y político- puesto que no se trata de conceptos ajenos a un determinado estadio de desarrollo cultural, sistema de valores y de organización social y política. No obstante, sí es posible avanzar una diferenciación que desde una perspectiva actual sitúe cada idea en su ámbito, necesariamente relativo y tributario de un contexto fruto de la evolución social. Es decir, enfrentamos una definición o al menos una delimitación, desde el conocimiento y el significado que tiene actualmente el conjunto de conceptos que incorporan el apellido de social, inevitablemente contaminados por su propia evolución, a la que habrá de acudir para acotarlos.

En esta discusión surge la necesidad de diferenciar los conceptos de Política Social y de Estado del Bienestar por mucho que tengan elementos comunes, se usen indistintamente e incluso compartan origen y evolución histórica.

La confrontación de ambos conceptos, hace emerger uno de los debates cruciales en los que se inscribe esta tesis doctoral, cual es el conflicto, complementariedad o necesidad del gasto social/política social respecto de la actividad económica y el crecimiento. Presentar las bases de este debate, transversal a las distintas vías de aproximación analítica de la política social y su evolución histórica, contribuirá a iniciar este estudio con la precisión requerida.

1.1.1 La cuestión de la distribución: Economía del Bienestar y política Social

La cuestión de la distribución de la renta y el bienestar ha estado presente en la Economía desde sus inicios como ciencia, de ahí la consideración de los economistas clásicos como filósofos morales. Durante el siglo XIX se creía que la economía, los economistas, no sólo debían explicar los hechos económico tal como eran, habían sido y formular pronósticos, sino también establecer principios de política económica,

dilucidar qué políticas promovían el bienestar social y, por el contrario, cuáles conducían al derroche y al empobrecimiento.

La relación entre bienestar y economía es una relación antigua y de largo recorrido. Sin embargo, una importante parte de la doctrina económica ha considerado durante bastante tiempo, sin haber sido abandonado del todo, que este vector normativo de análisis tiene un carácter demasiado acientífico. Mientras que la economía se ocupe de la explicación y no de la prescripción, puede aspirar a alcanzar conclusiones universalmente aceptadas pero cuando va más allá y trata de prescribir principios de política sus conclusiones son deudoras de la escala de valores sociales imperante. De acuerdo con ese punto de vista, la economía del bienestar - economía de la política económica- no forma parte de la ciencia económica, pero como señala Hicks (1986, 76) afortunadamente no hay que aceptar tal concepción; aceptarla sería obviar las aportaciones de economistas como Walras, Edgworth, Hicks, Kaldor, Samuelson, Arrow o Sen, y olvidar el camino teórico abierto por Pigou, ejemplo sobresaliente no solo por sus contribuciones conceptuales sino por su labor de sistematización de las aportaciones realizadas por antecesores suyos.

Efectivamente, no es hasta la obra de Arthur Pigou *La Economía de Bienestar* (1946), publicada en 1920, cuando se estructura la economía de bienestar desde una visión integral. Para este autor la economía del bienestar se refiere, fundamentalmente, a los cambios sociales provocados por tres movimientos económicos relacionados con el producto o renta nacional. A saber, el volumen, la distribución y la estabilidad de la renta nacional.¹

El objetivo principal del estudio de Pigou es ayudar a las mejoras sociales; mejoras que están estrechamente relacionadas con el Bienestar. Un concepto que desde la óptica de Pigou es diferente de bienestar económico, y con el que no guarda correlación en

¹Cambios que, como señala Olier (2014,165), no es difícil traducir a objetivos plenamente vigentes hoy en día: conseguir la estabilidad macroeconómica, mejorar la eficiencia en la distribución de la riqueza entre las personas, y la obtención de equidad social en la riqueza económica de la sociedad.

el sentido de que un cambio en el bienestar económico produzca necesariamente un cambio igual en el bienestar (Olier, 2014).

La economía del bienestar es el estudio de cómo la asignación de recursos afecta el bienestar económico. Cuando el bienestar se considera a nivel subjetivo, siempre que las cantidades de bienestar sean proporcionales a la satisfacción de las necesidades de las personas, aquél se relaciona con la escasez y el problema económico se centra en cómo realizar la distribución de unos recursos limitados para conseguir la máxima satisfacción dado un nivel de necesidad. Esto entronca con la definición de Economía de Lionel Robbins, la más comúnmente aceptada.

Según este autor, *“La Economía es la ciencia que estudia el comportamiento humano como una relación entre fines y medios escasos, susceptibles de empleos alternativos”* (Robbins, 1932, p. 15). Robbins aportó un nuevo significado al concepto de economía, calificándola como una ciencia de la elección. Estamos pues ante los elementos esenciales del problema del Bienestar: se centra en las personas, en cómo satisfacer sus necesidades, en la elección que lleva implícita la búsqueda del equilibrio equidad y eficiencia (Olier, 2014)

Para Pigou el análisis del bienestar no implica ningún juicio de valor, siempre que las necesidades del individuo se definan por una constante y el estudio se limite a determinar la eficiencia del sistema económico para satisfacer esas necesidades, y por consiguiente si un modelo económico las satisface mejor que otro (Pigou, 1946). Si este axioma no se cumple, el nivel subjetivo de bienestar estaría incompleto sin consideraciones éticas. Para llegar a la conclusión de que un sistema satisface las necesidades mejor que otro resulta necesario que ambos modelos respondan a la misma calidad ética. La economía no es neutral, sino una ciencia que trata de optimizar las necesidades humanas en sentido amplio; un aspecto no estrictamente relacionado con el valor económico, sino esencial como complemento necesario para el estudio de la economía del bienestar (Olier, 2014).

En este sentido, se separa del pensamiento de los economistas neoclásicos, singularmente, porque su enfoque difiere del establecido por Pareto, quien apoya la

idea de que los objetivos de eficiencia y equidad están en armonía. Por el contrario Pigou considera que estos dos conceptos están, por lo general, en conflicto pues hay casos en que la eficiencia podría lograrse en contra de la justicia distributiva y viceversa.

Pigou, estaba convencido de que cada individuo tiene una función de utilidad que, traducida a cantidades monetarias, puede ser comparada con el resto. Si esto es así, el valor social se puede aumentar mediante transferencias de riqueza desde las personas de renta alta a las más pobres. Como señala Stiglitz (1998, 65), afirmar que la economía se comporta de forma óptima en sentido de Pareto no dice nada sobre cómo se lleva a cabo la distribución de la renta. Si no satisface la distribución de la renta que genera el mercado competitivo, no es necesario dejar de utilizarlo. Lo único que hay que hacer es redistribuir la riqueza inicial y dejar actuar al mercado competitivo. ¿Cómo puede hacerse? No es posible sin intervención pública y ahí encontramos los soportes teóricos del Estado del Bienestar.

El teórico cuestionamiento de la validez de la Economía, que entronca con su descalificación como ciencia económica, proviene de la crítica sobre la imposibilidad de encontrar un vínculo entre los aspectos normativos y positivos al no ser factible encontrar una función "social" de bienestar que agregue las funciones de utilidad de cada individuo de acuerdo al teorema de imposibilidad ²de Arrow (1994).

Efectivamente, este Teorema se puede interpretar como una barrera teórica a la viabilidad de construir mecanismos que permitan realizar proposiciones normativas relevantes para la toma de decisiones de la sociedad. Pero el desarrollo de la Teoría de la Elección Social, de la que el propio Arrow es precursor, ha permitido superar esta limitación al construir mecanismos de elección social partiendo de las elecciones de los individuos.

² Utilizamos la expresión imposibilidad dado que las implicaciones del Teorema de la Posibilidad se podrían interpretar en un inicio como "negativas", dado su resultado y por eso denominarse imposibilidad (Arrow,1994)

Como el propio Arrow señaló pueden existir tantas funciones de Bienestar Social como juicios de valor individuales existan. La idea es construir entonces un proceso intersubjetivo donde los valores individuales se hayan convertido en valores sociales, para lo que es preciso introducir condiciones normativas que incorporen esos valores individuales y definir con ellos una regla de elección social. En este sentido, la función de Bienestar Social se presenta como un ordenamiento de preferencias sociales, es decir, una regla para la elección entre alternativas dado un conjunto de ordenamientos de preferencias. Sin embargo, el grupo de preferencias no es uno en particular, sino que la función se define para cada conjunto lógicamente posible de ordenaciones individuales (familias de preferencias), que permitan obtener una regla universal que, como Arrow planteaba fuera aplicable a toda comunidad (Serrano, 1999, 89).

El tránsito del plano individual al social supone pasar de definir los postulados de racionalidad individual a expresar reglas de comportamiento colectivo. Por tanto, las condiciones que se espera satisfaga la Función de Bienestar Social tienen carácter normativo. Es así cuando se trasciende la racionalidad instrumental y Arrow se sitúa en el terreno de lo ético. Este enfoque lo conduce a plantear que los juicios del bienestar de la sociedad son equivalentes a una constitución (Serrano, 1999). Cabe hablar, entonces, de economía y bienestar, de elección, de normas y de valores, es decir, de políticas sociales integradas desde la perspectiva científica pues como señala Sen (1970) el objetivo de la Teoría de Elección Social se centraría en el estudio de *"las relaciones entre los objetivos de política social y las preferencias y aspiraciones de los miembros de la sociedad"*³.

1.1.2. Política social: de las necesidades a la Políticas.

Existe un buen número de expresiones que incorporan el apelativo "social". La mayoría de ellas representan categorías profundamente interrelacionadas entre las que existe una relación de causalidad que obliga a explicar uno de los términos en

³ Citado por Serrano (1999, 82)

función del otro. Por ello, clarificar el concepto de política social, requiere partir del problema social subyacente y ascender a la política inscrita en el ámbito de las soluciones⁴.

1.1.2.1. Necesidades, Problemas y Derechos Sociales

Para aproximarnos a la definición de las políticas sociales es necesario desentrañar, con carácter previo, los conceptos de necesidades sociales, bienestar social, problemas sociales y derechos sociales, dado que son ellos los que sitúan a la política social en su espacio de referencia: la actuación.

Necesidades sociales

El enfoque tradicional de las necesidades lo encontramos en Maslow (1943). En este modelo se establece un conjunto de categorías de necesidades por las que se asciende, desde las más básicas, en forma de pirámide a medida que van siendo satisfechas. Establecer un vínculo entre las necesidades individuales definidas por Maslow y las que afectan el ámbito colectivo, tiene mucho que ver con el momento histórico y el contexto de organización, pues las necesidades son sociales en el sentido de que no se refieren meramente a la suma de individualidades sino al conjunto.

Si bien es cierto que una parte de las necesidades sociales derivan de la extensión de los dos primeros grupos de necesidades de Maslow -fisiológicas y de seguridad-, también lo es que la forma en la que se socializan está vinculada a una sociedad específica, pues a partir de los niveles elementales las necesidades sociales se establecen por comparación con individuos del mismo grupo social: los que tienen y los que carecen. Surgen a si dos ámbitos, la seguridad y la desigualdad, que articulan en buena parte lo que se englobaría dentro de necesidad social. Es decir, el hambre o la salud, como problemas individuales, se transforman en sociales en la medida que se convierten en problemáticas colectivas a las que la sociedad, como organización, debe

⁴En gran parte para encadenar estos conceptos seguimos el enfoque planteado por Adelantado et alia (2000).

responder. Y esto plantea distintos conflictos, el más elemental de ellos es diferenciar necesidad de deseo. La distinción de trazo grueso es fácil, deseamos más cosas que necesitamos, pero se complejiza cuando el análisis es más estricto ya que depende íntimamente de las circunstancias históricas, los valores e ideología imperante en una sociedad y, por supuesto, de los niveles de progreso material.

Por eso dos de las principales cuestiones en relación a necesidades tienen que ver con su medición y con el momento en el que una organización reconoce una necesidad como social, es decir, el momento en el que se convierte en un problema. Respecto al primer de ellos⁵, hay que señalar que el debate de la medición no está zanjado. Por el contrario, dista mucho de existir consenso, por ejemplo, sobre lo que puede considerarse como necesidad básica o el nivel mínimo esencial de acceso a un bien o servicio entre otras cosas porque son cuestiones relativas a la cultura o el momento histórico de cada país; aspectos que determinan los elementos necesarios para que una persona viva y actúe, en la sociedad a la que pertenece. Respecto, al segundo está muy mediatizado por el conjunto de valores que configuran en cada tiempo, y lugar, el Bienestar Social.

Bienestar Social

En el tránsito de la necesidad a la respuesta social, se sitúa el concepto de Bienestar Social. Desde su intrínseca naturaleza relativista, podemos asociarlo a los acuerdos sociales que existen para delimitar las necesidades de los individuos en una sociedad, aquello que puede entenderse, por esa misma sociedad como un problema social. Es decir, la convención de cuáles son las necesidades concretas de una Sociedad en las que ésta se va a involucrar para darles satisfacción ya sea por parte de los poderes públicos, la familia, el mercado u organizaciones de la sociedad civil (Barroso y Castro, 2010,1).

⁵ Como veremos más adelante, una parte fundamental de los debates sobre políticas sociales y Estado del Bienestar tiene que ver con los problemas de medición, su metodología y la interpretación de los resultados.

La política social estudia dónde se interviene y cómo se combina entre los distintos agentes la intervención destinada a suministrar el Bienestar Social una vez que definidas las necesidades, cualitativa pero también cuantitativamente, éstas se han transformado en problemas sociales que demandan atención⁶.

Problemas sociales

Como hemos visto el bienestar social está relacionado con las necesidades sociales, pero no existe una identidad entre éstas y los problemas colectivos. Para conectar ambos conceptos es necesario que aquéllas sean percibidas y valoradas como tales por la sociedad. No es suficiente que afecten a muchas personas pues las percepciones derivan de los valores imperantes en cada momento. Es necesaria la concienciación y la institucionalización de un sistema de toma de decisiones y de intervención. Es decir, se precisa la percepción, por parte de la Administración social o de ciertas organizaciones comunitarias, de su existencia, la voluntad de proporcionarle reconocimiento jurídico y la necesidad, de intervención (Fernández y Caravaca, 2011, 17).

Nunca hay que perder de vista, por tanto, este relativismo porque debatir sobre políticas sociales es discutir sobre el tipo de sociedad. La aplicación de unas u otras políticas no es neutral respecto al tipo de modelo de convivencia (Barroso y Castro, 2010).

Derechos Sociales

Los derechos sociales constituyen la materialización de la toma de conciencia de una sociedad sobre la existencia de necesidades que entendidas como problemas sociales, reclaman una respuesta social en el marco de un acuerdo de Bienestar determinado.

⁶ Por eso tal y como se desarrolla más adelante, es necesario precisar las diferencias entre Política social y Estado del Bienestar y abordar la caracterización de los diferentes modelos o regímenes en terminología de Esping Andersen (1993)

Suponen incorporarse al ámbito normativo y adentrarse, por tanto, en la exigibilidad. Son derechos, en este sentido, socialmente contruidos.

Su origen puede situarse en las Tesis de ciudadanía de T. H. Marshall en los años cuarenta, donde se aborda el problema de la igualdad real a partir del desarrollo evolutivo del concepto de ciudadanía centrado en los distintos elementos que la componen y con los derechos que le son propios, entendiendo que a los derechos civiles y políticos conquistados en los siglos XVIII y XIX, era necesario incorporar una tercera vertiente -la social- que permitiera no limitar su alcance a aspectos exclusivamente formales, y abordar las múltiples y fuertes desigualdades reales existentes (Marshall, 1998).

Esta perspectiva de Marshall hay que entenderla en un contexto, tanto histórico como ideológico, determinado. Se sitúa en Inglaterra tras la segunda guerra mundial, en plena génesis del Estado del Bienestar, siguiendo las recomendaciones del Informe Beveridge (2008) de 1942, a cuya consolidación tanto aportaría. Desde la perspectiva ideológica su planteamiento era una respuesta a las tesis sostenidas por el pensador liberal Alfred Marshall en su libro de 1873, *The Future of Working Classes*, en el que se defendía que la igualdad que aportaba la ciudadanía, la pertenencia plena a una comunidad, era suficiente para legitimarla, justificando así otro tipo de desigualdades, como, por ejemplo, las de clase (Bermudo, 2001).

Para Marshall (1998), desde su concepción evolutiva, la ciudadanía está compuesta por tres categorías de derechos:

- Los *civiles*, que emergen el siglo XVIII y se corresponden con las libertades individuales de palabra, pensamiento y culto.
- Los *políticos*, generalizados a lo largo del siglo XIX, como ampliación de los derechos civiles que comprenden el sufragio universal como libertad de voto y la posibilidad ocupar cargos públicos.
- Los *Sociales*, se extienden a lo largo del siglo XX, y “*abarcen desde el derecho a la seguridad y a un mínimo bienestar económico hasta el de compartir*

plenamente la herencia social y vivir la vida de un ser civilizado conforme a los estándares predominantes en la sociedad "(Marshall, 1998, 23).

Esta perspectiva social tiene un carácter central en la arquitectura de ciudadanía de Marshall, pues remiten a un concepto de libertad configurado a partir de la igualdad, muy importante como hemos visto para este autor. Frente a los derechos políticos y civiles, compatibles con situaciones de desigualdad que limitan o constriñen⁷ la libertad que persiguen, los sociales favorecen la igualdad y permiten ejercer esa libertad. Es decir, suponen una invasión del status en el contrato, la subordinación del precio de mercado a la justicia social, la sustitución de la libre negociación por la declaración de derechos. (Marshall, 1998).

Por ello, desde una óptica liberal, o neoliberal, se afirma que los derechos sociales no se pueden considerar derechos de ciudadanía, pues son de naturaleza distinta a los derechos civiles y políticos que marcan un límite al poder político del Estado y aumentan el poder de los individuos, es decir, no suponen una intromisión del Estado en la esfera privada, Esta concepción no tiene en cuenta que la desigualdad real límite de manera efectiva la libertad de los individuos y que la vertiente social de la ciudadanía, y los derechos que lleva asociados, son el complemento de esos derechos en el logro de condiciones materiales para que los individuos puedan desarrollar sus intereses y alcanzar sus objetivos (Barroso y Castro, 2010). En este sentido, puede considerarse a los derechos sociales como derechos de prestación porque frente a los derechos civiles o políticos exigen una actuación de los poderes públicos, que planifiquen y materialicen las políticas sociales concretas a favor del bienestar de los ciudadanos.

⁷ Enfoque que luego desarrollaría Sen (1989), en su teoría de las capacidades, de gran influencia en el desarrollo de los que muchos autores consideran el nuevo paradigma

1.1.2.2. Política social

En la medida en que la política social tiene que ver con la respuesta que una organización social y política da a lo que entiende como problemas, sus elementos básicos son la intervención pública y su impacto en el Bienestar.

Aproximarnos a una definición de Política Social no es tarea fácil pues, si bien, la intuición puede ofrecer ideas de a qué hace referencia, encontramos casi tantas definiciones como autores se han dedicado a este quehacer; profusión doctrinal motivada por la diversidad de aproximaciones no solo ideológicas sino también sociológicas e históricas. Y es que para realizar una delimitación precisa que ayude a comprender el concepto es necesario entender las estructuras institucionales –en sentido amplio- y cómo éstas se ven afectadas, a su vez, por esa política social (Montagut, 2014). Hablar de políticas sociales es, discutir de modelos sociales, estructuras complejas en el que convergen aspectos tanto materiales como ideológicos (Barroso y Castro, 2010).

Toda Política social responde a unas coordenadas históricas y, por consiguiente, no puede desligarse de una determinada sociedad fuera de la cual no encuentra anclaje. Así, este concepto se ve influido de manera significativa por el mundo de las ideas. Una determinada concepción de la sociedad, de sus pautas culturales, de sus derechos y obligaciones e incluso de los criterios de justicia social que la deben de guiar, conduce a unas políticas sociales concretas, eso es, a una forma de actuar frente a las necesidades sociales (Montagut, 2009, 23).

La aplicación de unas u otras políticas sociales no es neutral en relación con la construcción del modelo de sociedad en el que se aplican. Las políticas sociales son concebidas para el fortalecimiento, reforma, construcción o transformación de un determinado modelo de sociedad (Fantova, 2014). En definitiva, pretenden paliar necesidades humanas «sociales» que responden en cada comunidad y en cada época histórica a un determinado nivel de desarrollo social, a una forma peculiar de

organizar la producción, a una determinada concepción de los valores y a unas formas particulares de relación entre los individuos y su comunidad (Montagut, 2009).

Una visión simple, centrada solo en los aspectos materiales de una sociedad resulta insuficiente. Es necesario considerar la sociedad desde un enfoque holístico, como un conjunto de aspectos culturales, económicos y políticos entrelazados que configuran una estructura social determinada (Montagut, 2014, 24). Debe incorporar también factores como la transformación de las instituciones elementales -la familia y el trabajo-, la posición social de las mujeres, la forma de proveer los cuidados, los niveles de desigualdad, las divisiones de clase y de estatus; los cambios demográficos o la movilidad social por citar los más significativos⁸.

Todo ello nos lleva a considerar su vinculación con ese haz de relaciones sociales que constituyen la vida social y, por ende, su valoración y análisis no puede eludir la influencia derivada de los juicios de valor (Montagut 2009, 22-23).

Tal y como señala Fernández y Caravaca (2011, 36), el acuñador de la expresión Política Social (Sozialpolitik) fue W. H. Riehl [1823-1897], profesor de la Universidad de Munich. En su obra *Naturgeschichte des deutschen Volkes als Grundlage einer deutschen Sozialpolitik (1851-1855)* situaba la desestructuración de los vínculos sociales como la principal fractura social que daba sentido a la Política Social ante la “era de la industrialización” y los procesos de explotación económica de ella derivados. Desde su punto de vista, la Política Social era la doctrina teórica y práctica destinada a la reintegración social, atendiendo a los factores geográficos, a los hechos culturales, a las relaciones sociales y a las formas de vida, tomando la familia como referente fundamental de la misma.

⁸ Este planteamiento, tal y como abordaremos más adelante, es fundamental para entender el debate sobre los nuevos y viejos riesgos sociales que puso sobre la mesa Beck (2002) y la respuesta que la política social ha puesto en marcha y que constituye una de las bases del nuevo enfoque, paradigma, sobre un papel del Estado de Bienestar preventivo y preparador más que reparador y compensador. (Morel, Palier y Palme, 2012c).

Este contexto histórico nos introduce en lo que Molina (2004)⁹ denomina la “era de la Política social”. Su aparición respondió a una combinación de factores económicos políticos y mentales propios del siglo XIX, resultantes de la industrialización, la difusión de la “mentalidad ideológico-social” y el creciente reconocimiento público de determinados derechos políticos y sociales. En este contexto debe entenderse la política social como una mediación entre economía y política; una respuesta a la cuestión obrera del siglo XIX que hoy puede identificarse con el concepto de desarrollo humano integral (Fernández y Caravaca, 2011).

Los diferentes esquemas interpretativos de la Política Social que han ido desarrollándose con el paso del tiempo han ido convergiendo en la actualidad al basado en los derechos de ciudadanía cuya paternidad se atribuye, como hemos visto, a T.H. Marshall. El vínculo entre política social y desarrollo de los derechos de ciudadanía es, de esta perspectiva, innegable (Montagut, 2014).

Existió una concepción inicial de la Política Social que podríamos denominar como «caritativo-existencial», preocupada por la asistencia laica del Estado a los pobres y necesitados. También se ha visto a la Política Social como conjunto de objetivos, instrumentos y fines de control social dirigidos a mantener el orden público fruto de la ideología liberal del siglo XIX. No ha faltado tampoco el intento -típicamente marxista- de considerarla como una forma de reproducción social ampliada, reproduciendo las condiciones materiales de la vida de trabajo; lo que en la práctica significa transformar no asalariados en asalariados. E igualmente se ha visto la Política Social como un esquema de seguridad social obligatoria a través de los seguros colectivos (impulsada por la tradición corporativista continental y la ideología socialdemócrata). Por último, está la interpretación de la Política Social como realización de los derechos sociales de ciudadanía, lo que significa procurar una garantía práctica, no sólo ideológica, de igualdad de oportunidades (Donati y Lucas, 1987). Hoy ser ciudadano significa que, además de ser libres e iguales ante la ley y ser reconocidos como sujetos con capacidad política, el Estado se compromete a garantizar unos niveles mínimos de

⁹ Citado por Fernández y Caravaca (2011)

bienestar y seguridad económica que permitan vivir de acuerdo con los estándares de vida que hoy prevalecen (Montagut 2009, 16)

Esto no significa que el bienestar venga asegurado directamente por la política, ni menos aún por el sistema político, pero necesita de su mediación simbólica, entendida como modalidad normativa que regule las relaciones entre las personas como ciudadanos (Donati y Lucas , 1987). Esto supone que la responsabilidad y competencia del Bienestar social no se limita de forma exclusiva, por lo menos institucionalmente, al Estado, obviando otros modelos político-sociales presentes a lo largo de la historia o en actual germinación (Fernández y Caravaca 2011). Hay que tener presente a la hora de enfocar las políticas sociales que, si bien el liberalismo separó lo privado de lo público y esta dicotomía ha inducido que se venga identificando lo público con el gobierno, lo público con frecuencia significa «común» y no necesariamente «gubernamental» (Montagut, 2009, 20).

Descartando la exclusividad de Estado, la concepción más extendida ha sido la de considerar la política social como un mecanismo destinado a corregir o a paliar efectos perversos del sistema económico, concibiendo la intervención de los gobiernos como una acción benefactora, correctora o compensadora de la desigualdad social que produce el libre juego de las fuerzas del mercado (Adelantado et alia, 2000, 45).

Se puede definir la Política social como *“el conjunto de medidas para elevar el nivel de vida de una nación o cambiar las condiciones de vida material y cultural de la mayoría conforme a una conciencia progresiva de derechos sociales, teniendo en cuenta las posibilidades económicas y políticas de un país en un momento dado”* (De Lauibier, 1984, 8). Es decir, incide directamente en la distribución de los recursos y queda vinculada a la política económica general. No hay que olvidar la definición de Robbins (1932) de economía que relaciona elección y recursos, y nos introduce directamente en la relación entre Bienestar y desarrollo económico, crecimiento y distribución. Esta parte de redistribución, como asignación de recursos desde lo público obtenidos del ámbito privado, es uno de los elementos esenciales de la política social y fundamento

del debate eficiencia-equidad que ha protagonizado la aplicación de las políticas sociales desde su aparición.

La política social, por lo tanto, se articula en un conjunto de decisiones y actuaciones público-administrativas, generadas en la esfera estatal que inciden directamente y de formas diversas sobre la organización y distribución de los recursos de bienestar mediante regulaciones, servicios y transferencias (Adelantado et alia, 2000, 47).

Una vez que especificamos una Política social, definiendo las decisiones y actuaciones, y concretamos los objetivos, regulaciones, sistemas y entidades por medio de las cuales un Estado va a dar cobertura a las necesidades al objeto de mejorar el nivel de vida de la población, nos situamos en el ámbito de lo que podemos considerar Sistema de Protección Social (Montagut, 2014).

1.1.2.3. *Sistemas de protección social y seguridad social*

Tampoco existe un consenso respecto de lo que podemos considerar sistema de protección social. Esto ha dado lugar a un debate sobre cómo se puede definir, qué tipo de políticas debe incluir y qué actores deben participar en su ejecución. Si bien la idea de sistema lo acerca a una perspectiva general, el término protección social arrastra unas connotaciones específicas fruto de su utilización en el marco de los análisis sobre desarrollo económico en los países menos favorecidos que lo alejan de esa generalidad.

El término "*seguridad social*" es predominante entre los investigadores de la política social, mientras que el término "*protección social*" ha sido ampliamente adoptado en los círculos de desarrollo social. Por supuesto, este último término se utiliza también en política social, pero comparte presencia con otros términos tales como seguridad de ingresos, protección de los ingresos, seguridad económica, transferencias de ingresos, seguridad social, asistencia social o transferencias monetarias (Midgley 2013, 7), alejándolo de la idea de sistema y, por consiguiente, de su carácter general.

Existen, pues, dos grandes perspectivas, que tienen mucho que ver con el nivel de progreso y tradición democrática. La que proviene del mundo occidental desarrollado que, con singularidades y diferencias, entiende la protección social como cobertura general de riesgos y lucha contra la desigualdad; y otra que proviene del ámbito de los países menos desarrollados, con menor tradición democrática, que insiste en la pobreza, desigualdad más extrema y la cobertura de riesgos para evitarla.

Dentro de cada una de ellas existen diferencias en la definición, o lo que es lo mismo, en su contenido y prioridades, y en los fundamentos sobre los que el concepto se basa.

En el caso de la protección social Barrientos et alia (2005, 12) plantean que existen dos visiones diferentes, hasta cierto punto confrontadas. Una restrictiva que entiende la protección social como un medio de proporcionar asistencia temporal a corto plazo a individuos y hogares para hacer frente a situaciones adversas mientras encuentran nuevas oportunidades económicas que les permitan mejorar su situación. La otra es una visión más amplia que atribuye a la protección social funciones tanto a corto plazo como a largo plazo en la reducción de la pobreza: ayudar a las personas a conservar y acumular activos y transformar sus relaciones socio-económicas para que no se limiten a aprovechar oportunidades por unión o clientelismo. En los casos en que las personas son dependientes de los demás por edad, enfermedad o discapacidad, esta visión contempla formas a largo plazo de la asistencia social, como las subvenciones y las pensiones no contributivas. La visión restrictiva ve una clara distinción entre la protección social y la promoción de medios de vida mientras que la visión amplia ve ambos conceptos estrechamente relacionados.

Desde la perspectiva más limitada Holzmann y Jorgensen (2001, 531), entienden la protección social como las medidas del sector público para proveer seguridad de ingresos, para asistir a las personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo de los riesgos y proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la pobreza extrema.

Ejemplo de la perspectiva amplia es la definición proporcionada por Norton et alia (2001,7) según la cual la protección social consta de las acciones públicas adoptadas en respuesta a los niveles de vulnerabilidad, riesgos y privaciones, que se consideran socialmente inaceptables dentro de una sociedad o sistema político dado. De este modo, la protección social se ocupa tanto de la privación absoluta y las vulnerabilidades de los más pobres, como de las necesidades del momento, de los no pobres para tener seguridad ante choques y eventos del ciclo vital. El carácter "público" de esta respuesta puede ser gubernamental, no gubernamental o una combinación de ambos (Norton et alia 2001, 8).

Tradicionalmente se ha conceptualizado la Seguridad Social, en línea con los orígenes de la política social moderna representada por los estados del bienestar Keynesianos, como la provisión de recursos por parte del Estado para mantener o complementar los ingresos de la gente que han sido interrumpidos, terminados o reducidos por contingencias tales como enfermedad, desempleo, invalidez, jubilación, maternidad o la muerte del principal proveedor de ingresos de la unidad familiar (Midgley 2013, 4).

Esta perspectiva ha sido ampliada con la incorporación de otros elementos que le aportan universalidad y mayor ámbito de protección, a medida que se ha ido consolidando el enfoque de los derechos sociales y desarrollando los estados del bienestar occidentales, principalmente europeos.

Los organismos internacionales mantienen, de alguna forma, esta diferenciación pues insisten en la pobreza y el riesgo, sin embargo amplían el concepto extendiéndolo a otros ámbitos incorporando la idea de seguridad social, no como el conjunto de la protección social, sino la parte dirigida a la garantía de ingresos. Este el caso de la OECD (2009, 12) que asocia la protección social a las políticas y acciones que mejoran la capacidad de las personas pobres y vulnerables para escapar de la pobreza y para gestionar mejor los riesgos y las crisis. Las medidas de protección social incluyen la seguridad social, las transferencias sociales y las normas laborales mínimas.

Por su parte el Consejo Económico de Naciones Unidas en un informe sobre la protección social (UNECOSOC, 2000, 4), señalaba la existencia de diferencias

sustanciales entre las sociedades en relación con la definición que realizan de la protección social. Las distintas tradiciones, culturas y estructuras políticas y organizativas condicionan estas definiciones, así como la elección sobre cómo los miembros de la sociedad deben recibir esa protección. En el contexto de ese informe, la protección social se entendía, en términos generales, como un conjunto de políticas y programas públicos y privados emprendidos por las sociedades en respuesta a diversas contingencias para compensar la ausencia o sustancial reducción de los ingresos del trabajo; para prestar asistencia a las familias con niños así como proporcionar a las personas atención a la salud y vivienda.

Este proceso de acercamiento entre ambos enfoques, singularmente desde la perspectiva del desarrollo, es manifiesto en la medida que, aun insistiendo en la pobreza y la exclusión, se incluyen prestaciones que hasta ahora habían formado parte exclusivamente en la órbita de los países desarrollados.

De hecho Brunori y O'Reilly(2010,1), en su propuesta de Informe Europeo sobre el Desarrollo constatan esta convergencia a la vez que alertan del riesgo de perder la especificidad necesaria para atender la singularidad de los países en desarrollo. La protección social se ha enmarcado como respuesta política al riesgo, como un derecho humano y como un programa para la creación de medios de vida. No obstante, la protección social se describe, generalmente, como el conjunto de mecanismos públicos y privados que protegen y evitan que los individuos y los hogares del sufrimiento y las peores consecuencias de la materialización de los riesgos vitales. La novedad que se va imponiendo radica en la promoción de medios de vida estables y resistentes a estos avatares de la vida. Sin embargo, casi cualquier intervención pública podría considerarse parte del sistema de protección social, incorporando la educación, los sistemas de pensiones, la asistencia sanitaria y muchas otras políticas. Esta definición, que intenta capturar el complejo sistema de vínculos entre protección social y los demás componentes de bienestar social dificultan la comprensión de la especificidad de aquélla para combatir la pobreza y promover el crecimiento económico, problemáticas singulares de los países en desarrollo.

Aun reclamando está especificidad, la convergencia se hace patente en lo que estos autores denominan “definición de trabajo” sobre protección social: “La protección social es el conjunto específico de acciones públicas para hacer frente a la vulnerabilidad de la vida de las personas a través de la seguridad social, que ofrece protección contra el riesgo y la adversidad durante toda la vida; a través de la asistencia social, ofreciendo pagos para apoyar y habilitar a los pobres; y a través de los esfuerzos de inclusión social que mejoren la capacidad de los marginados para acceder al seguro social y asistencia”(Brunori y O’Reilly, 2010,11).

Este proceso de convergencia en la conceptualización de la política social está recibiendo el impulso de la confluencia de problemas y soluciones entre el mundo desarrollado y en desarrollo. Los problemas de incremento de la desigualdad y la aparición de nuevas formas de pobreza en Occidente por un lado, y el éxito en determinados países en desarrollo de políticas de inclusión basadas en los instrumentos típicos del mundo desarrollado, por otro, favorecen un nuevo paradigma de política social que insiste, precisamente, en la simultaneidad de lo social y lo económico para un desarrollo sostenido. En este sentido, tal y como analizaremos más adelante, desde finales del pasado siglo se está registrando una aproximación de enfoques respecto de los fundamentos económicos y políticos, los objetivos y los instrumentos de las políticas sociales¹⁰, que está promoviendo el debate sobre el nacimiento de un nuevo paradigma que no solo no contrapone protección social y crecimiento económico, sino que los vincula y considera esta protección social, como condición necesaria para el crecimiento.

¹⁰ Ver Midgley (2013) y Taylor- Gooby (2013), por citar dos autores provenientes de cada uno de los dos enfoques mencionados.

1.2. Política Social, Estado del Bienestar y Sociedad del Bienestar

1.2.1. Política social y Estado del Bienestar

No debemos confundir los términos de política social y de Estado del Bienestar ya que si bien ambos están íntimamente relacionados, el primero es solo una condición necesaria, no suficiente, para poder identificar el segundo (Montagut, 2009, 17) mientras que el modelo de Estado es la representación institucional de la política social tradicional del último medio siglo; una distinción que permite liberar la discusión sobre la política social del futuro sin hipotecas y prejuicios innecesarios (Aliena 1993, 9).

Compartimos la tesis de Morris Janowitz (1976) cuando afirma que la historia de la idea del Estado Benefactor es parte de la historia de la teoría política de occidente. El mismo Janowitz (1976) presenta cuatro elementos que explican porqué el Estado del Bienestar está asociado a Occidente: el concepto moderno de Estado-Nación liberal; el crecimiento y el impacto de las filosofías políticas que justificaron la participación popular en los procesos gubernamentales y buscaron desarrollar un régimen racional parlamentario, entre las que se incluye el utilitarismo; la influencia del socialismo¹¹ y, por último, las tradiciones del «pensamiento de las luces» y la emergencia de la investigación en el ámbito de las ciencias sociales.

Como señala González (2011), el término de Estado del Bienestar (EB) se acuña inicialmente en varios países a la vez, a finales de los años veinte y primeros años treinta del siglo XX, aunque con distintas expresiones según los países: como New Deal en los EEUU, Welfare State en Suecia y posteriormente con la misma expresión en el Reino Unido y se generaliza después de la II Guerra Mundial en el mundo occidental. El trabajo de Furniss y Tilton (1977) analiza los orígenes del Estado del Bienestar, en los tres países que considera como promotores, EE. UU, Reino Unido y

¹¹ Si la filosofía política del parlamentarismo, basada en la lógica del utilitarismo, justificó la emergencia de una legislación del bienestar, fue la influencia del socialismo la que apoyó las ideologías que fueron una fuerza conductora para el establecimiento del Estado Benefactor.

Suecia, concluyendo que a pesar de las distintas denominaciones se trataba de políticas sociales que tenían como objetivo proteger al trabajador de las incertidumbres del mercado (paro, enfermedad, pobreza, ignorancia).

Efectivamente, el bienestar social (social Welfare), bien como forma actual del Estado o como posible “Sociedad del Bienestar”, es el último modelo de institucionalización de la Política social contemporánea nacido tras la II Guerra mundial, que se manifiesta como una mediación tradicional entre las exigencias de lo político y lo económico (Fernández y Caravaca, 2011, 16), que encuentra sus bases en la doctrina del Keynesianismo sobre intervención en la economía para garantizar el crecimiento económico y el pleno empleo. Por tanto, el Estado del Bienestar aparece como una red institucional de seguridad frente al riesgo de las sociedades, pero también como conjunto de instituciones que articulan el desarrollo capitalista y la democracia política.

Inicialmente surge apoyado en la idea básica de ciudadano trabajador que es sujeto de derechos sociales y, en menor medida, como ciudadano necesitado fruto del planteamiento realizado en 1942 por Beveridge (2008) de transformar la Seguridad Social, reducida hasta entonces al mercado de trabajo, en un sistema de derechos sociales para la mayoría de la población. Así, el Estado del Bienestar puede entenderse como el conjunto de instituciones estatales que garantizan una serie de derechos sociales ejercitables por la inmensa mayoría de los ciudadanos –universalismo protector- desarrollados a través de políticas y programas de carácter redistributivo en base a la solidaridad intergeneracional (Rodríguez, 2002). Llegamos de esta manera al concepto impulsor de los derechos de ciudadanía que T.H. Marshall (2008) reconoce al Estado del Bienestar como una combinación de democracia, bienestar social y capitalismo.

Estamos por lo tanto ante un sistema resultado de la confluencia de las propuestas de Lord Beveridge (2008), sobre la universalidad de la seguridad social, de Marshall (1998) sobre el modelo de ciudadanía social y Keynes (1974) sobre la intervención pública (Barroso y Castro, 2010).

Siguiendo a Draibe y Riesco (2006, 18-19) podemos afirmar que el Estado del Bienestar es un fenómeno de la modernidad que se relaciona con procesos sociales mayores tales como la urbanización, la industrialización, la transición demográfica, la estructuración de clases, el régimen salarial y la nueva institucionalidad del Estado que los acompaña; y que tiende a avanzar en la misma medida que avanzan aquellos procesos de modernización capitalista, en una dinámica de convergencia que puede admitir variados ritmos y formatos institucionales debido a factores políticos o a distintos “recursos de poder” de los actores principales. La influencia de estos recursos de poder refleja la existencia de un pacto como elemento fundamental en la configuración del Estado del Bienestar (Anisi, 1995, 70).

El Estado del Bienestar es, a pesar de su intensa transformación, la actual modalidad de la política social, que atribuye el máximo normativo a los “derechos sociales de ciudadanía”, implantando la protección social frente a los efectos de la desigualdad social y los desequilibrios sociales del Mercado, vigente desde la segunda Guerra Mundial en la mayoría de los países occidentales.

Podemos identificar el contenido de esta intervención con los siguientes elementos (Navarro, 2004, 15):

- a) servicios públicos, principalmente, sanidad, educación, apoyo a las familias, servicios sociales y vivienda;
- b) transferencias sociales de fondos públicos de unos ciudadanos (trabajadores y empresarios) a otros, como las pensiones de vejez, viudedad o discapacidad;
- c) intervenciones normativas mediante las que el Estado u otras unidades administrativas contribuyen a consolidar el bienestar y a proteger a la ciudadanía; e
- d) intervenciones públicas que buscan establecer condiciones laborales favorables, para el desempeño del trabajo de los ciudadanos.

Su consideración de modalidad actual de Política Social en transformación es la que reclama no confundir los conceptos de Política social y Estado del Bienestar. En este sentido Donati y Lucas (1987) incidían, en el momento en que la incapacidad del modelo keynesiano para resolver la crisis de los años setenta y el empuje neoliberal cuestionaban el Estado del Bienestar, en la necesidad de clarificar y diferenciar los conceptos de Política Social y Welfare State. Su tesis era precisamente que la crisis del Estado del Bienestar aclara cómo las políticas sociales en la sociedad postindustrial no se identifican con el Welfare State como tal y, por tanto, que los sistemas sociales necesitan una ulterior diferenciación estructural y cultural entre la Política Social y el Estado del Bienestar (Donati y Lucas, 1987, 57-58).

También Fernández y Caravaca (2011, 23) señalan que *“una modalidad de la Política Social responde a un tiempo concreto, fuera del cual pierde su significado y su razón de ser”*. Este es el caso del Estado del Bienestar europeo, paradigma que se encuentra en pleno proceso de transformación ante las nuevas realidades sociales y culturales que impulsa el fenómeno de la globalización.

En efecto, el proceso de globalización está poniendo de manifiesto las exigencias del desarrollo social, -humano, integral y sostenible- para la consecución de los fines formales y materiales de la Política Social. Por otra parte, asistimos en el Viejo Continente a una reformulación política e institucional del modelo de Welfare State como consecuencia del proceso de construcción de la Unión europea y los esfuerzos para que el *“Modelo Europeo del Bienestar”* siga siendo el referente de la Política Social en el contexto de la reordenación global de la producción. Por último, se está produciendo una mutación interna de las bases teóricas y de los medios de actuación ante la eclosión de la *“sociedad del Bienestar”*, en especial de los movimientos de naturaleza comunitaria (Fernández y Caravaca, 2011, 24).

1.2.2. Estado del Bienestar y Sociedad del Bienestar

En la base de la distinción *Estado del Bienestar versus Sociedad del Bienestar*, está la constatación de que en el bienestar de una sociedad están involucrados multiplicidad de actores y no exclusivamente el Estado (Rodríguez, 1994a)

Como señala Donati (2004), la Política Social institucionalizada a mediados del siglo XX, del que deriva el Estado del Bienestar, tendió a asignar la administración social casi en exclusiva al Estado mediante compromisos entre Estado y Mercado, otorgando a la intervención de la sociedad civil (sector terciario y el fenómeno comunitarista) un papel auxiliar.

Cambios externos, asociados a la globalización y sus implicaciones en términos de capacidad de respuesta de los estados, e internos, vinculados al cambio de las estructuras sociales, han provocado el debate entre Estado y sociedad del Bienestar, donde desde diversas corrientes se plantea la conveniencia de que la sociedad en general adquiera una centralidad en la provisión de Bienestar. Un debate presentado, muchas veces en términos de oposición, en el que uno ha de sustituir al otro lo que, en gran medida, esconde el propósito de oscurecer los logros del Estado del Bienestar.

A esta contraposición, no ha sido ajeno, al menos inicialmente, el debate ideológico sobre el papel del Estado, impulsado por el neoliberalismo. Para el pensamiento neoliberal el Bienestar no es competencia del Estado sino una actuación complementaria de la iniciativa privada. Desde este punto de vista la presencia del Estado debe ser mínima, limitada a crear el marco regulador y ejercer esa función subsidiaria, siendo la ciudadanía en ejercicio de su libertad, quien debe asumir el protagonismo. Según esta perspectiva habría que avanzar en la sociedad del Bienestar.

Como apunta Montagut (2014) en el análisis de este proceso, el protagonismo del Estado, como respuesta a unas circunstancias y unas bases ideológicas concretas, ha llevado a que en la dualidad privado y público, proveniente de la ideología liberal, se

restrinja lo público al ámbito de lo político y la administración, obviando que tiene mucho que ver con lo común, como señala la tesis de los Bienes Comunes de Ostrom (2010), en la que no se atribuye el monopolio de lo colectivo a lo estatal.

De ahí surge un enfoque no de sustitución sino de ampliación, en el que no debe ser solo el gobierno si no el mercado, las organizaciones sociales, singularmente las familias, los que conjuntamente vertebren el bienestar de la sociedad. El bienestar es originado, de este modo, por multitud de fuentes, lo que permite hablar de pluralismo del bienestar o sociedad del bienestar (Rein y Rainwater , 1986),

Este enfoque no supone que la sociedad civil sustituya al Estado, ni se identifique solamente con las ONGs, con el mercado o con formas primarias de organización social, sino que plantea compartir el bienestar entre el Estado, el Mercado y la Iniciativa Social al objeto de extender los derechos sociales. Desde esta perspectiva asistimos al tránsito del Estado del Bienestar a distintas propuestas de Sociedad del Bienestar, concepto fundado en la centralidad de la comunidad y en el reconocimiento, incluso jurídico, de su papel en los procesos de decisión, gestión y ejecución de la Política social (Donati, 2004). Así, el concepto sociedad del bienestar, se refiere a la organización del bienestar, en la que los recursos de bienestar provienen de los sectores mercantil, estatal, informal y voluntario (Adelantado et alia, 2006, 50).

En conclusión:

- Política Social, Estado del Bienestar y Sociedad del Bienestar, y Bienestar Social, constituyen tres conceptos profundamente interrelacionados (Adelantado et alia, 2006). La Política Social constituye la forma histórica concreta de respuesta a las necesidades sociales, entendidas como problemas a los que hay que atender en el marco que toda sociedad identifica como parámetros de bienestar social, y cómo aquéllas se articulan con las del crecimiento económico (política económica).
- Estado del Bienestar, expresa el conjunto de instituciones en las que la Política Social se ha concretado en un momento histórico, la segunda mitad del siglo XX y un espacio político, los países occidentales.

- Finalmente, Sociedad del Bienestar alude a la relevancia del resto de actores en la provisión de Bienestar, en el que a los tradicionales, familia y mercado, se suman nuevos agentes provenientes de la sociedad civil restando exclusividad al Estado.

1.3. El debate eficiencia-equidad

El debate sobre el papel del Estado en la economía, es decir sobre el gasto público y la actividad y el crecimiento económico es una constante a lo largo de la historia. Aunque podríamos remontarnos a la escolástica tardía para encontrar reflexiones acerca de esta temática (Díaz-Fuentes y Revuelta, 2013, 32), no es hasta los economistas clásicos cuando este debate adquiere centralidad. Hay que recordar, en este sentido, la importancia que el propio Adam Smith atribuía a delimitar las funciones de un Estado mínimo.

El resultado ha sido que durante los últimos siglos múltiples economistas y hacendistas han contribuido a desarrollar diversas doctrinas y teorías sobre la dependencia entre gasto público y crecimiento. La primera constatación de esta relación la realizó Adolph Wagner a través de una serie de escritos sobre diversos temas de Hacienda Pública a lo largo de un período de cincuenta años¹² cuando formuló lo que se conoce como la Ley Wagner (Jaén, 2004, 7), *“la extensión absoluta y relativa de la forma de organización publica junto a, y en sustitución de, la economía privada dentro de la economía pública”* (Jaén, 2004, 8), es decir el crecimiento del gasto público en el conjunto de la producción nacional en la versión establecida por Musgrave (1973).

La singularidad de la ley de Wagner, ha ocupado gran parte del trabajo de los estudiosos de la economía del sector público a finales del siglo pasado, dado que su formulación se produjo tras un intenso periodo de activismo público para favorecer el

¹² Aunque sus escritos eran conocidos por los economistas alemanes fueron difundidos en el mundo científico de habla inglesa a través de la traducción de parte de ellos en "Classics in Public Finance (1958) de Musgrave y Peacock (Jaén, 2004, 7). A partir de ahí han sido numerosos los intentos por verificar la Ley o hipótesis.

crecimiento económico basado en las ideas Keynesianas que dieron soporte de lo que se conoce como edad de oro del Estado del Bienestar (Pierson, 1998, Taylor-Gooby 2002). Es probable que por esta razón se hayan conformado, en numerosos intentos de verificar la ley y la amplísima literatura a la que esto ha dado lugar, dos interpretaciones generales: una afirma que es el crecimiento el que propicia el incremento en el tamaño del sector público y otra que señala que el gasto público es el que favorece el crecimiento económico que (Díaz-Fuentes y Revuelta, 2013, 33).

Esta última interpretación es la que se asocia a la doctrina Keynesiana, defensora de una fuerte implicación gubernamental, para lograr el círculo virtuoso entre lo económico y lo social, a partir del llamado capitalismo social. Esta interpretación, frente a la de Wagner, surgió del trabajo de Sing y Sahni (1984)¹³ a partir del concepto de causalidad. Aportación que provoca la realización de análisis sobre la dirección causal emparentándose la ley de Wagner con la hipótesis keynesiana, según la cual la causalidad iría del gasto público a la renta (Jaén, 2004, 26).

A pesar de que el resultado de los trabajos apunta a la existencia de una causalidad de carácter bidireccional, donde el gasto público y producción se influyen mutuamente, la cuestión sigue suscitando el interés los investigadores y un intenso debate político.

Las implicaciones de una u otra dirección causal entre ambas variables para la definición de la política económica son muy diferentes. Si es el crecimiento económico el que influye en el gasto público, éste será un factor económico de carácter endógeno determinado por factores puramente económicos y en los que las decisiones políticas tienen influencia escasa. Por el contrario, la hipótesis keynesiana supone que el gasto público es un factor exógeno sobre el que puede influir la política económica para impulsar el crecimiento (Jaén, 2004, 28)

Entre las razones que Wagner apuntaba para el crecimiento del gasto público estaba el crecimiento de los gastos asociados al Bienestar (Jaén, 2004, 10)¹⁴. Efectivamente, el crecimiento del gasto proveniente del presupuesto público tiene mucho que ver con el

¹³ Citado por Jaén (2004)

¹⁴ Citando a Bird, R. (1971), "Wagner's Law of Expanding State Activity", Public Finance, 26(1), pp. 1-2

creciente papel que asumen los estados para dar respuesta a las graves consecuencias sociales de la industrialización, en términos de fuente de desigualdad y de ruptura de los mecanismos tradicionales de solidaridad social, que abren el camino a las políticas redistributivas que son la base del desarrollo de la protección social. Por lo tanto, el crecimiento de las funciones del Estado asociadas al desarrollo de las políticas sociales, que se registra a lo largo de los siglos XIX y XX, provoca que el debate entre gasto público y crecimiento económico, se traslade a la tipología de gasto en que se traduce la política social.

Por lo tanto, gran parte de la discusión existente desde principios del siglo XX hasta nuestros días, en todo lo referente al gasto social, las políticas sociales, y el Estado del Bienestar, se ha centrado en si éste último contribuye o no al crecimiento de la actividad económica. El núcleo de la controversia reside en si la equidad, a la que sirve directamente el gasto social, es compatible con la eficiencia económica, o si por el contrario solo con crecimiento económico es posible abordar la cuestión de la redistribución mediante el gasto social. Este último enfoque, sitúa el debate en los límites y la sostenibilidad del Estado del Bienestar y su vinculación al crecimiento y, por lo tanto, en las claves para mantener e impulsar la actividad económica. Si por el contrario, entendiéramos que ambos objetivos son compatibles, se abre un amplio abanico de análisis en relación con si son complementarios, si el gasto social es condición necesaria para la eficiencia económica, si todo el gasto cumple esta condición o está limitado a determinados tipos e incluso si podemos hablar de inversión social.

Por lo tanto, la raíz de la cuestión es la existencia de un trade-off entre gasto social y crecimiento económico o términos más generales entre equidad y eficiencia. Como señalan Starke et alia (2013: 2) si los programas de política social en la totalidad de los países ricos suponen alrededor del cincuenta por ciento del gasto público, éste es un asunto de primer orden.

El planteamiento más general, fundamentado en la economía neoclásica de raíz liberal o neoliberal, considera el crecimiento como un proceso lineal asociado a patrones de

modernización económica y consolidación industrial que descansa en el desigual reparto de la riqueza. Según esta doctrina la desigualdad es un incentivo económico porque favorece la acumulación de capital y la inversión. Siendo así, las políticas sociales, de base distributiva, tienen un efecto negativo sobre la eficiencia económica y el crecimiento (Persson y Tabellini, 1994), aunque a largo plazo, una vez consolidado el crecimiento se reduzca, conforme a lo que se conoce como el consenso Kaldor-Kuznets-Solow (Fisher y Erickson, 2007, 53).

Esta es la tesis compartida por Wilensky (1975), para el que el crecimiento económico es el origen y la razón última de la aparición de los estados de bienestar. Tras un estudio que considera 64 países, entre ellos los 22 más ricos, concluye que la dimensión del gasto de bienestar nacional es una función directa de la dimensión del producto nacional per cápita, el tiempo que el sistema de bienestar ha existido y la edad de la población (Wilensky, 1975:1). En las primeras etapas del crecimiento, el desarrollo de la protección social es el complemento natural del crecimiento económico y de sus efectos demográficos; después se verá acelerado por la interacción de los juicios que emite la élite política, las presiones ejercidas por las masas y el funcionamiento del aparato administrativo y de los servicios sociales» (Wilensky, 1975, 24).

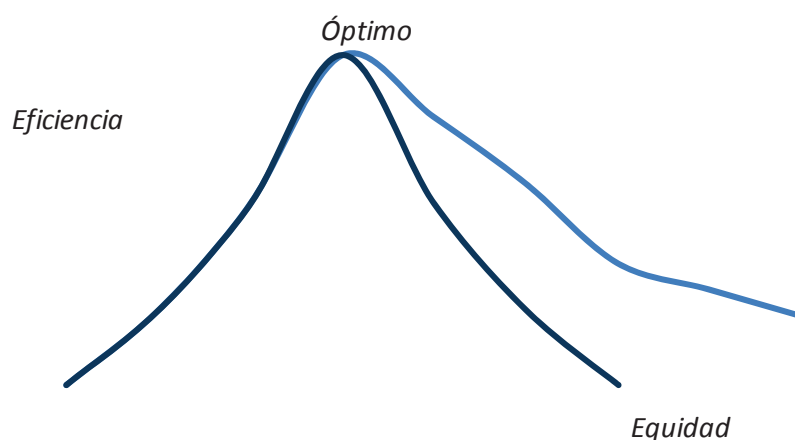
La tesis expuesta no hace sino reforzarse a raíz de la incapacidad del modelo Keynesiano de dar respuesta en los años setenta simultáneamente al desempleo y la inflación, la estanflación o el inflaparo (Gardner, 1981), como se llegó a denominar sin mucha fortuna, con efectos sobre el déficit y el endeudamiento y, por ende, la presión por reducir los gastos sociales asociados al Estado del Bienestar. La crítica al Estado del Bienestar se recrudeció especialmente desde la Nueva Derecha, con neoliberales como Hayek (1982) y neoconservadores como Crozier et al. (1975), por ser demasiado caro, ineficaz e ingobernable y pasó de ser visto como un mecanismo para luchar contra los fallos del mercado a ser acusado de impedir el crecimiento económico y minar la independencia personal y colectiva (Del Pino y Rubio, 2013).

La innovación tecnológica que produjo cambios en el modelo fordista de producción, el inicio de los procesos de mundialización, derivados en la globalización económica, parecían reclamar una mayor flexibilidad regulatoria y una reducción del esfuerzo en bienestar que permitiera recuperar la capacidad competitiva. Con este marco teórico de la nueva derecha, se sostiene que la intervención del Estado y un gasto social muy elevado dificultan la adaptación de las economías a los cambios de la globalización; y que las regulaciones son perniciosas y solo sirven para proteger sectores en decadencia, por lo que es necesario un ajuste natural, vía mercado, entre las fuerzas productivas (Mishra, 1992.), es decir, impone un retroceso del Estado del Bienestar, una vuelta a las funciones clásicas del Estado, lo que se conoce como el “*Retrechment*” (Del Pino, 2004).

Por otra parte el enfoque del trade-off se planteaba como una decisión de política económica, pues lo que parece sugerirse es la existencia de un punto óptimo de equilibrio entre eficiencia y equidad. Esta idea ya estaba implícita en los trabajos de Wagner que, asumiendo la asunción de funciones cada vez mayores por parte del Estado, ponía dos limitaciones al crecimiento de éste: una material en el sentido de que ciertas parcelas de la economía no deberían ser desempeñadas por el Estado (agricultura o comercio por ejemplo) y otra financiera según la cual los requisitos impositivos no pueden ser tan elevados como para convertirse en una carga opresiva para la gente. De esta forma considera que hay una proporción entre gasto público y renta nacional que no puede ser permanentemente traspasada (Musgrave y Peacock, 1958)

Este planteamiento de Wagner sugiere la existencia de un punto óptimo a partir del cual la equidad compromete la eficiencia. Siguiendo el análisis de Oliert (2014) podemos explicar este trade-off, ver Gráfico 1, Efectivamente si existe un intercambio entre eficiencia y bienestar, a partir de ese óptimo, más equidad significa menos eficiencia, pero tampoco aumenta si se reduce la equidad¹⁵.

¹⁵ Este análisis se utiliza a efectos ilustrativos, siendo conscientes de que se trata de un análisis basado en hipótesis simples y muy rígidas como la concavidad de la función, que supone la existencia de una relación

Gráfico 1.1. Eficiencia Económica vs Equidad

Fuente: Tomado de Olier(2014)

Es evidente que este óptimo dependería de las circunstancias de cada país y época. Lo que sí parece sugerir este análisis, según sus partidarios, es que puede haber niveles de bienestar que comprometan el potencial económico e inducir situaciones financieras insostenibles con aumentos de la deuda pública más allá de los niveles razonables, que terminen ahogando la economía. Pero también cabe una interpretación alternativa según la cual aumentos de la equidad mediante un refuerzo de las políticas de redistribución pueden hacer aumentar la eficiencia. Esto nos lleva a pensar que la desigualdad, entendiendo que la vía de conexión es la entidad de las políticas de protección y redistribución, puede promover tanto como obstaculizar el crecimiento, es decir, *"el impacto del Estado del bienestar sobre la economía capitalista y la política democrática es ambivalente."* (Flora, 1995, 16). La existencia de una alta variedad de tendencias entre crecimiento e igualdad pone de manifiesto la debilidad argumentativa de quienes defienden su incompatibilidad (Fisher y Erickson, 2007, 60).

A pesar de que la visión teórica neoclásica de inspiración neoliberal sostiene con insistencia que el Estado del Bienestar ejerce un efecto negativo sobre el crecimiento,

positiva, aunque con rendimientos decrecientes, hasta el punto óptimo a partir del cual la relación se tornaría negativa.

como consecuencia del desincentivo que introduce la imposición necesaria para financiar el gasto social y el coste en términos de empleo que lleva aparejada la regulación laboral, lo cierto es que los trabajos empíricos no logran explicarlo con claridad y contundencia (Mares, 2010, 541 y ss.).

Es cierto que existen estudios que concluyen que el gasto social puede condicionar negativamente el crecimiento (Weede, 1986; Nordström, 1992; Hansson y Henrekson, 1994; Persson y Tabellini, 1994) pero también es abundante la literatura que demuestra no solo la compatibilidad entre ambos sino el gasto social puede coadyuvar a impulsar la actividad económica (Korpi, 1985; McCallum y Blais, 1987; Castles y Dowrick, 1990, Linbertt, 2004), lo que lleva a Ahn y Kim (2015, 109) a señalar que, en conjunto, estos estudios llevan a una situación ambigua con resultados inconsistentes sobre si un Estado del bienestar es conducente o perjudicial para el desempeño económico.

El trabajo de Limbert (2004) es representativo de la defensa del gasto social con la historia y los datos¹⁶, en contra de las previsiones teóricas contundentes. En su investigación señala lo que ya comienza a conocerse como la *“paradoja del abejorro”*¹⁷, según la cual un objeto estático se rige por diferentes leyes de estabilidad que un objeto dinámico, lo que plantea un desafío ante las simplificaciones teóricas que a veces se producen en economía y le resta validez.

Su trabajo postula la existencia de una relación histórica entre el aumento del gasto social, la democratización y el desarrollo económico en los países desarrollados. Los altos niveles de gasto social se fueron alcanzando a lo largo del siglo XX, lo que implica

¹⁶ Aunque como veremos a continuación este planteamiento pueda ser acusado de ser una medición sin teoría, que solo lleva a determinar relaciones no explicaciones, lo cierto es que su planteamiento apunta en la dirección de muchos estudios que insisten en los problemas metodológicos de las estimaciones realizadas, en lo que ha dado en llamar el problema de la variable dependiente (Green-Pedersen, 2004).

¹⁷ La paradoja del Abejorro alude a la viabilidad y éxito no solo en términos de crecimiento sino de bienestar de los Estados del Bienestar nórdicos en contra de toda la teoría. Según las leyes de la aerodinámica el abejorro no debería volar. Tiene un tamaño y un peso, en relación al tamaño, envergadura y movimientos por segundo de sus alas, que es científicamente imposible que pueda despegar del suelo y mantenerse en el aire. Sin embargo *“the bumble-bee can fly”* como se recoge de forma muy expresiva en la introducción del trabajo de Andersen et alia (2007) sobre el modelo nórdico. La popularización de esta expresión parece arrancar con la empresaria norteamericana May Kay que solía llevar en la solapa de sus trajes un abejorro representativo de su lema “puede hacerse”, que The economist ha generalizado.

que históricamente están vinculados. Vinculación que Limbert, además, entiende no es una mera correlación sino que atribuye a que dichas variables han interactuado de forma compleja entre sí reforzándose unas a otras. Además, su análisis le lleva a afirmar que el mantenimiento de un gasto social a niveles europeos (más concretamente un modelo de bienestar a la escandinava) no tiene, por sí mismo, coste en términos de potencial de crecimiento económico sino que depende de su estructura y orientación, es decir, del modelo de Estado del Bienestar¹⁸.

De ahí la idea de que el gasto social parece coadyuvar al crecimiento económico casi en igual medida que sirve a la redistribución de la renta, sin que haya trade-off alguno a tomar en consideración, por lo que la superioridad de un modelo sobre otro no dejaría resquicio alguno de duda. El “ataque al Estado del Bienestar” por la vía de la eficiencia perdida no estaría, por tanto, fundado. Esta conclusión, cuestiona la visión ortodoxa que contrapone políticas sociales y de fomento del crecimiento económico (Limbert, 2004).

Incluso si se admitiera que originalmente el crecimiento económico fue determinante para el desarrollo del Estado del Bienestar, así como el hecho de que la nueva situación de economía global haya podido volver ineficientes una parte, o la totalidad, de las políticas keynesianas, tras dos decenios de cambios económicos, no parece que las políticas del Estado del Bienestar se encuentren en la raíz de las crisis económicas. Es decir, una vez alcanzados unos niveles de desarrollo de Bienestar no es preciso desmantelarlo cada vez que hay una crisis, entre otras cosas porque no se les reconoce la capacidad de reforma que han demostrado. No parece que el Estado del Bienestar haya potenciado las situaciones de crisis sino que ha servido de amortiguador. Como apunta Pierson (1996), hasta cierto punto, el Estado del bienestar es independiente de las políticas coyunturales, porque una vez desarrollado adquiere una dinámica propia que hace muy difícil el *retrenchment*.

¹⁸ En eso enlaza no solo con los nuevos planeamientos sobre el estado del Bienestar activo, los estados de Inversión Social (Hemerijck, 2012a; Jenson y Saint Martin, 2003; Johnson, 2014; Morel, Palier, y Palme J, 2012b, 2015; Nolan, 2013; Van Kersbergen, y Hemerijck, 2012), sino también con la nueva trabajos empíricos basados en este enfoque (Ahn y Kim, 2015).

No parece que la evidencia empírica respalde el trade-off que plantean los críticos el Estado del Bienestar `pero es que, además, tal y como hemos apuntado, gran parte de la fortaleza de la crítica al gasto social se diluye por las dificultades de refrendar la teoría con la investigación empírica, dadas las dudas que suscitan y errores que se achacan a los trabajos realizados para vincular gasto social y crecimiento.

Así, en el caso de estudios basados en datos de corte transversal sobre el crecimiento económico, algunos de estos trabajos presentan graves problemas en la metodología econométrica y en la calidad de los datos, haciendo que las regresiones no ofrezcan conclusiones relevantes sobre las políticas económicas implementadas(Agell, Lindh y Ohlsson,1997; Agell, Ohlsson y Skogman, 2006).

Con carácter general, como señala Atkinson (1995), la utilización de datos empíricos agregados sobre la relación entre el Estado del Bienestar y rendimiento económico están sujetos a la objeción de ser 'medición sin teoría", provocando que sea difícil no ya establecer correlaciones estadísticas robustas sino identificar los mecanismos causales subyacentes.

Como señalan Ahn y Kim (2015), la limitación más importante de los estudios que utilizan datos agregados es su reduccionismo ya que se basan en el supuesto tácito de que un Estado del Bienestar puede ser representado por el importe total del gasto social. Es lo que se conoce como el problema de la variable dependiente, que ha suscitado un intenso debate sobre cómo estimar la dirección y el alcance de los cambios, las dimensiones del Estado del Bienestar y los indicadores que podrían medirlo mejor (Green-Pedersen,2004; Starke, 2008)

De hecho, existe una crítica hacia los enfoques formalistas y abstractos que enfatizan sólo la dimensión cuantitativa de los fenómenos y las políticas sociales, provocando el tratamiento dissociado de la economía y la política social y reduciendo el análisis económico a su dimensión macroeconómica (Draibe y Riesgo, 2006), olvidando así planteamientos más generales e integrados que se encuentran en el origen de la creación y desarrollo de los estados del bienestar.

Efectivamente, esta vinculación se manifestó en las ideas productivistas expresadas en la década de 1930 por Gunnar y Alba Myrdal (1934), que más tarde cristalizarían en lo que se conoce como política social productiva (Andersson, 2005) y en el enfoque que subyace en el New Deal. Este enfoque productivista facilitó el surgimiento de la plataforma redistributiva de bienestar social, asociada con Titmuss (1958), y que finalmente oscureció este enfoque inicial (Midgley, 1999, 5-6).

Sin embargo, esta perspectiva productivista está siendo recuperada por las nuevas tesis sobre el Estado del Bienestar que reclaman un papel activo, más preparador que reparador (Morel, Palier y Palme, 2012a), y los nuevos enfoques sobre el desarrollo económico, que reservan un espacio particular a la política social en la relación más amplia Estado-desarrollo económico-sistemas de protección social, que investigan los efectos de los sistemas de políticas sociales sobre el crecimiento económico y no solamente al revés, como hasta (Draibe y Riesgo, 2006, 12).

Dos corrientes que como señala Midgley (1999) tienen el mismo tronco común en la política social productiva de Myrdal. No hay que olvidar que Myrdal fue el coordinador del Informe sobre estrategias de Desarrollo encargado por la ONU, donde volcó las ideas que sirvieron para crear el Estado del Bienestar. En este informe se mostró crítico con la tendencia en la economía a dibujar una línea clara entre los fenómenos económicos y sociales, separando el desarrollo social del desarrollo económico (UNDESA, 1971: 4); un enfoque que no solo plantea que se pueden conciliar los objetivos de equidad y eficiencia, sino que la primera es una condición necesaria para la segunda (Esping-Andersen, 1992)

Esta semilla está en los nuevos enfoques del Estado del Bienestar y desarrollo económico y en la convergencia que se está produciendo entre ambos (Jonshon, 2014; Midgley, 2013, Hasmath, 2015a) que tratan de promover una perspectiva del desarrollo que desdibuja, en vez de acentuar, las diferencias entre los dominios económico y social (Midgley, 1995, 160). Se abre paso, por tanto, un nuevo enfoque, paradigma en construcción en opinión de algunos autores (Morel, Palier y Palme 2012b; Hemerijck, 2012b; Del Pino, 2014), que da por superado el conflicto entre

eficiencia y equidad y la existencia de trade-off entre ellos. Más que las bases materiales del progreso social, ahora se enfatiza la capacidad de los sistemas de política social para promover y facilitar el crecimiento económico al mismo tiempo que se impulsa el desarrollo social (Draibe y Riesgo, 2006, 12).

En este sentido, las nuevas corrientes sobre el Estado del Bienestar se denominan Estado de inversión Social (Morel, Palier y Palme , 2012b,) o Nuevo Estado del Bienestar (Bonoli y Natali, 2009, 2012; Taylor-Gooby, et alia ,2015) por citar dos de las expresiones más extendidas. Ambas insisten en el papel activo que debe desempeñar el Estado del Bienestar; papel que, sin desdeñar los aspectos redistributivos, persigue preparar y dar respuesta ante los nuevos riesgos provocados por los cambios económicos y sociales, en los que la volatilidad económica, envejecimiento y los nuevos roles de género son fundamentales.

Estos cambios provocan una respuesta que da un protagonismo creciente al gasto social hasta el punto de que se habla más de una inversión que de un gasto corriente, y dentro de él todo lo relacionado con el capital humano, educación e inserción laboral, y los servicios a la población entre los que van adquiriendo un papel relevante a los cuidados de larga duración de atención a las personas en situación de dependencia; protagonismo justificado por su impacto directo sobre la actividad económica y empleo, objeto principal de esta tesis, por permitir la conciliación de la vida laboral y familiar y potenciar el aprovechamiento de todo el capital humano y su proactividad, lo que abre líneas de investigación de extraordinario interés.

CAPÍTULO 2. EL CONTEXTO DE LAS POLÍTICAS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN: EL ESTADO DEL BIENESTAR

La política destinada a dar respuesta a las necesidades de los Cuidados de Larga Duración, como parte de la política social, se encuadra en el sistema de organización de la protección social que, en ámbito de los países occidentales, se ha dado en llamar *Estado del Bienestar*.

Como se ha señalado en el capítulo primero, hablar de Estado del Bienestar es hacer referencia a la actual modalidad de la política social en la mayoría de los países occidentales vigente desde la Segunda Guerra Mundial que, con sus reformas y las especificidades que marca la trayectoria en cada país, se caracteriza por atribuir el máximo normativo a los derechos sociales de ciudadanía, implantando la protección social frente a los efectos de la desigualdad y los desequilibrios sociales generados por el mercado. Por tanto, el Estado del Bienestar es el sistema de protección social en el que culmina el proceso de reforma social iniciado en el siglo XIX, al materializar los derechos sociales como culmen de los derechos civiles (1814-1880) y de los derechos políticos (1880-1940) (Marshall, 1998).

Este modelo encuentra su apogeo entre las décadas de los cincuenta a los setenta del siglo pasado, etapa conocida como *Edad de Oro* del Estado del Bienestar en la que se asistió a un círculo virtuoso entre crecimiento económico, redistribución social, desarrollo democrático y división del comercio internacional. A partir de ella, las crisis económicas y el ascenso de la ideología liberal lo empujaron a una suerte de reforma permanente, si bien con niveles de protección muy elevados.

A continuación se realiza una revisión histórica e institucional en la que, partiendo de los orígenes que condujeron a la *Edad de Oro*, se analizan las diversas formas en las que se ha organizado la protección social en el mundo occidental. Posteriormente se presta atención a los cambios sociales, económicos y políticos que socavaron los sistemas tradicionales de bienestar y las políticas destinadas a hacer frente a los nuevos riesgos sociales en el marco de la nueva arquitectura propuesta para los

sistemas de bienestar en el mundo post-industrial globalizado. Finalizaremos con un repaso al Estado del Bienestar en España, centrado fundamentalmente en el impacto de la actual crisis económica y sus perspectivas de futuro.

2.1. El Estado del Bienestar: orígenes y características

2.1.1. Los determinantes de la aparición de los estados del bienestar: teorías explicativas

Siguiendo a González (2011) se pueden identificar tres grupos de teorías que explican su surgimiento y primer desarrollo: funcionalista, de los recursos del poder e institucionalista.

Funcionalistas

Desde la perspectiva *funcionalista*, la clave en el desarrollo del Estado del Bienestar se encuentra en los factores socioeconómicos. El desarrollo económico genera cambios sociales y demográficos que provocan la intervención del Estado, de tal forma que el surgimiento del Estado del Bienestar es consecuencia del proceso de industrialización. La emigración y la urbanización desordenada de las ciudades industriales hicieron emerger necesidades sociales que pusieron en riesgo la estabilidad social y el proceso de acumulación económica. Como respuesta a esta situación, el Estado se vio obligado a intervenir proveyendo determinados servicios sociales. Esto fue posible porque durante las etapas de crecimiento económico las funciones del Estado crecen, se produce una sustitución de actividades privadas por públicas y se incrementa tanto la renta per cápita como la capacidad fiscal de los ciudadanos que permite sostener el sistema de protección social.

Recursos del Poder

Otros autores, como Esping-Andersen (1993), consideran que la relevancia de la industrialización tiene más bien que ver con la movilización social y política que produce. A pesar de que los primeros pasos en política social se dieron en países conservadores y autoritarios, *el enfoque de los recursos del poder*¹⁹ resulta útil para explicar el crecimiento del Estado del Bienestar.

Para este enfoque, el sistema político, la correlación de fuerzas políticas y la ideología del partido en el gobierno inciden decisivamente en el avance de las políticas de bienestar social, por cuanto el sistema moderno de partidos políticos estructura la posibilidad de que la clase participe en la vida pública. El Estado del Bienestar es el resultado del conflicto entre las clases sociales y, en particular, de la fortaleza de la clase trabajadora, defendida especialmente por los partidos socialdemócratas y los sindicatos. Pone el acento en los recursos de poder de los actores colectivos, especialmente los sindicatos, y en el poder de los partidos de izquierda para promover las coaliciones responsables de la implantación de estructuras de protección social.

Institucionalistas

Desde esta perspectiva, el bienestar social es la contrapartida que el capital otorga a la sociedad a cambio de paz social y protección de los derechos de propiedad, pues las instituciones de bienestar surgen como respuesta a situaciones de conflicto social o como medio para prevenirlas. El desafección hacia el sistema producida por la industrialización viene a ser paliada por un Estado del Bienestar redistributivo, destinado a proteger estos derechos de propiedad mediante la reducción de las desigualdades generadas por ésta. Así, el Estado del Bienestar toma la consideración de acuerdo de paz entre capital y trabajo, el llamado *Pacto Keynesiano*. Este consenso sobre un crecimiento económico inclusivo que beneficia a la clase trabajadora resultó

¹⁹ La teoría de los recursos del poder formulada por Korpy (1978)

fundamental a partir de la segunda mitad del siglo XX para el nacimiento de los grandes regímenes de bienestar.

Estos tres enfoques explicativos sitúan, por tanto, los motores de la creación y consolidación del Estado del Bienestar en los cuatro identificados por Muñoz (2000):

- La Revolución Industrial.
- La aparición de sistemas sociales reales alternativos al capitalismo, por la necesidad de éste de legitimarse.
- El consenso político acerca de la importancia de mantener algunos rasgos esenciales inherentes a las políticas de protección social.
- Y la obra de Keynes, en la medida que da carta de naturaleza a la intervención del Estado en la economía y conforma una base teórica propicia.

2.1.2. El avance del Estado Bienestar hasta su *Edad de Oro*

El Estado del Bienestar se asocia al periodo posterior a la Segunda Guerra Mundial, etapa que, como hemos visto, se conoce como *Edad de Oro* (Wilensky, 1975; Lewis, 2001; Pierson, 2001; Wincott, 2013). No obstante, su origen data de finales del siglo XIX cuando la situación de la clase obrera provocada por la industrialización fuerza la puesta en marcha de medidas estatales. Barroso y Castro (2010) sintetizan los inicios en tres etapas.

Período de experimentación del Estado del Bienestar (1870-1919)

La génesis tiene lugar en un momento en el que las instituciones tradicionales (familia e iglesia) y el Estado liberal no son capaces de resolver los problemas de pobreza y desigualdad de una sociedad y estos pasan a convertirse en cuestiones de índole social y política (la conocida entonces como *cuestión obrera* y la denominada *cuestión social*) y provocan un debate sobre el papel que debe jugar el Estado.

Los fuertes desequilibrios -pobreza, marginación y desigualdad- provocados por el intenso proceso de acumulación capitalista del siglo XIX terminaron por desembocar en la intervención del Estado para ejercer una acción compensatoria que paliara los desequilibrios y aliviara o evitara la fuerte tensión social existente (Mishra, 1992).

Es en la Alemania de Bismarck donde se toman las primeras medidas para cubrir algunos riesgos del trabajador, lo que se considera el origen de los sistemas de seguridad social europeos (Alonso, 1982).

Período de consolidación del Estado del Bienestar (1920-1945)

La consolidación efectiva se produce en el periodo de entreguerras, etapa en la que la política social va registrando avances que se concretan en la transformación de los seguros de los trabajadores en la Seguridad Social, con mayores competencias y mayor prestación de servicios (Alonso, 1982). En estos años se va conformando un consenso sobre el papel del Estado para hacer frente a los problemas sociales y económicos, la reducción de las desigualdades y la mejora de la calidad de vida de la población (Fernández y López, 2006).

Como señalan Barroso y Castro (2010, 18), el Estado social sucede al Estado liberal y se erige como extensión de la política social hacia las clases medias y hacia otros campos del bienestar social, transformando la política social sectorial (modelo bismarckiano) en generalizada (modelo socialdemócrata o nórdico). Muestra de ello son los avances normativos sobre la seguridad social como la estadounidense Social Security Act (1935) cuyos antecedentes son las británicas *Old Pension Act* (1908) y la *Insurance Act* (1911), y las medidas de política económica intervencionista puestas en marcha ante la Gran Depresión, entre las que destaca el *New Deal* impulsado por Roosevelt.

En 1942, en plena Segunda Guerra Mundial, el Informe Beveridge (Beveridge, 2008), sentó las bases teóricas del Estado del Bienestar moderno, que Clement Attlee comenzaría a desarrollar una vez acabada ésta, al plantear un sistema de seguridad

social unitario, que gestionara las pensiones en beneficio del conjunto de la población, un servicio nacional de salud universal y un sistema de asistencia nacional que complementara las prestaciones de la Seguridad Social y extendiera los beneficios a la educación, la vivienda y la atención especializada a la infancia. Es decir, la constitución de un sistema de protección social capaz de salvaguardar a la ciudadanía de los riesgos de la enfermedad, la ignorancia, el desempleo o la indigencia.

Edad de Oro (1945-1973)

El incipiente Estado del Bienestar gestado en el periodo de entre guerras encontró en las décadas siguientes a la Segunda Guerra Mundial el contexto adecuado para consolidarse y generalizarse. Entre las razones que propiciaron este desarrollo caben citar: la necesidad de reconstruir las maltrechas economías europeas, los nocivos efectos del desempleo padecido tras la Gran Depresión, el crecimiento económico sin precedentes que se produce a raíz de los programas de reconstrucción (Plan Marshall) y la aceptación de las teorías económicas de Keynes (Barroso y Castro, 2010, 20)

Esta conjunción de factores permite la conciliación de las contradicciones de un capitalismo sin control bajo un modelo de crecimiento y política social que propició el desarrollo del *Welfare State* (Aleman y García, 1999).

2.1.3. Fundamentos y funcionamiento del Estado del Bienestar

Hablar de los fundamentos del Estado del Bienestar es hacer referencia a los elementos conceptuales nucleares en los que se basó su eficacia durante 25 años; en particular, la articulación de un concepto, el de *ciudadanía social*, que justifica el despliegue del Estado del Bienestar, y un enfoque integral que da respuesta a los riesgos y necesidades definidos por un modelo social y un modelo económico que no solo justifica el papel intervencionista del Estado en aras de la eficiencia, sino que genera las bases materiales del Bienestar.

Concepto de “Ciudadanía Social”

El Estado del Bienestar se basa en el concepto de ciudadanía y en la garantía y el ejercicio de los derechos sociales que le son inherentes (Marshall, 1998). Como ya señalamos en el capítulo anterior, la obra Marshall -*“Ciudadanía y clase social”*, publicada en 1949- define un desarrollo evolutivo de la ciudadanía basado en los distintos elementos que a lo largo de la historia le han dado contenido.

Lo que da fuerza a la conceptualización de Marshall es que presenta la ciudadanía como un repertorio de derechos que generan un proceso encaminado hacia la igualdad, más concretamente a una igualdad social (González, 2011). Marshall pretendió *“situarse en un término medio entre los extremos de las ideologías individualistas y colectivistas. Su tesis principal sobre el Estado del Bienestar no sólo afirma que una forma modificada de empresa capitalista es compatible con formas civilizadas de políticas sociales colectivistas, sino que considera al mercado de economía libre como una condición necesaria para la creación y aumento del bienestar”* (Gómez de Pedro, 2001, 312). Por lo tanto, justifica plenamente un modelo de economía capitalista en la que puede alcanzarse la igualdad y el bienestar material frente a las propuestas provenientes de los regímenes comunistas de aquella época.

El enfoque integral del Estado del Bienestar

El enfoque integral para dar una respuesta global a las necesidades y riesgos sociales del momento está en el planteamiento seminal que realizó Beveridge en el referido Informe al Parlamento británico de 1942. No obstante, la formalización teórica que dio consistencia a este enfoque fue realizada por Titmuss (1958). Este autor es reconocido por dar un fuerte impulso, teórico y práctico, al discurso sobre el bienestar y el papel del Estado a la hora de procurarlo, a su raíz de su obra *“Ensayos sobre el Estado el Bienestar”* (Titmuss, 1958).

Su aportación fundamental para asentar esta perspectiva fue plantear que la responsabilidad pública no terminaba con la provisión de servicios sociales, pues los

derechos no se agotan con ésta. Su enfoque se sitúa en el ámbito de la igualdad de oportunidades entendida ésta al inicio de la vida. Articula operativamente el objetivo de la universalidad del plan Beveridge (servicios sociales para todos, indistintamente del trabajo o de la posición social) no como mero garante de un mínimo nacional para los más pobres, sino al alza, como mejora del nivel de vida de toda la ciudadanía. Esto es lo que dota de eficacia al Estado del Bienestar pues no se trata de una política social para pobres y excluidos sino para todos, pues es inherente a la condición de ciudadanía. Como señala Gómez de Pedro (2001, 310), *“apoyándose en el principio igualatorio de la compensación, sus medidas sociales se dirigen, al menos en teoría, a redistribuir la renta promoviendo la justicia social y la no exclusión, a mejorar el desarrollo individual y a alimentar el sentido comunitario propicio para el crecimiento de los valores específicamente sociales: solidaridad y altruismo. Siendo la justicia y la igualdad social los fines que se ha de proponer el Estado, éste se encargará de velar por los derechos sociales de los ciudadanos y de contrarrestar los efectos negativos del mercado: la guerra de inseguridad radical y de desigualdades”*.

Modelo social

Un modelo social concreto define unas necesidades y unos riesgos que deben ser atendidos por el Estado del Bienestar. La literatura ha terminado por denominar *viejos riesgos sociales* a aquellas contingencias más explícita y eficazmente previstas y protegidas por el sistema clásico del bienestar de la *Edad Oro*, por contraposición a los *nuevos riesgos sociales* de la actualidad, consecuencia de cambios económicos, demográficos y sociales (Beck, 2002; Bonoli, 2005; Esping-Andersen, 2000; Moreno y Moreno Fuentes, 2013; Mulas-Granados, 2010; Taylor-Gooby, 2004a, 2004b; Vaalavuo, 2013; Vandenbroucke y Vleminckx, 2011).

El modelo social imperante tras la Segunda Guerra Mundial se basaba en la familia tradicional, con segregación de género, donde la mujer asumía las funciones de los cuidados mientras que el varón proveía ingresos mediante un trabajo estable remunerado.

La guerra, como señala Mishra (1992), había puesto los cimientos de un fuerte consenso social con respecto a las propuestas de reconstrucción. El Estado del Bienestar de la posguerra se convertiría en un mecanismo de integración social y la acción estatal adoptaría un carácter correctivo, como complemento de la economía de mercado, a base de reunir los recursos de la sociedad y repartir los riesgos.

El modelo social, así concebido, permite una articulación del sistema de riesgos en torno al esquema de generación de rentas y cuidados, respondiendo a la falta de ingresos temporal -desempleo o enfermedad- o definitiva -pensiones-, así como su extensión al resto de los miembros de la familia (Hemerijck et alia, 2013).

En este modelo social, el envejecimiento y la necesidad de cuidados de larga duración no son elementos centrales, ya que las necesidades estaban prácticamente resueltas en el ámbito familiar. En el mundo occidental de los años cincuenta, según los cálculos de Duran (2012), la población mayor de 65 años apenas suponía poco más del 10% de las necesidades de cuidado. En la medida en que se rompe este esquema, se plantea la inadecuación del modelo de Estado del Bienestar y la necesidad de su transformación.

Modelo económico

La expansión de la actividad que impuso el Plan Marshall, el fuerte desarrollo tecnológico y la asunción de las ideas keynesianas como paradigma económico dominante son el soporte del modelo económico de crecimiento en la *Edad de Oro*. El paradigma keynesiano, cuyo núcleo es la famosa “*Teoría General de la Ocupación, el Interés y el Dinero*” (Keynes, 1974), publicada en 1936, defendía la capacidad del gobierno para controlar la demanda en una economía de mercado a través de una intervención adecuada. La ineficiencia del mercado podía corregirse mediante la intervención estatal desde el lado de la demanda de la economía para asegurar un alto nivel de actividad económica y pleno empleo (Mishra, 1992).

Los postulados keynesianos sitúan el motor de la economía en la demanda, por lo que el sector público debe intervenir activamente con el fin generar demanda efectiva

suficiente para igualar la producción y lograr el pleno empleo (Mochón, 2000). Esta intervención se produce a través de programas para reactivar la inversión y aumentar la capacidad de consumo de la población. En esencia se trata de un modelo en el que el desarrollo tecnológico y una organización industrial de tipo “fordista” impulsan un sistema de producción en masa que permite la satisfacción de necesidades materiales y la creación de la sociedad de consumo. Además, desarrolla una política social de redistribución de la renta entre las clases sociales y la creación de servicios de reproducción social de carácter universal. Esto se complementa con una práctica de concertación social entre sindicatos y patronal que dota de estabilidad al sistema y permite conjugar objetivos económicos y sociales.

El denominado Pacto Keynesiano, en palabras de Anisi (1995, 40), consiste en un *“acuerdo social implícito [...] que permitía el crecimiento de los salarios reales y el tipo de beneficio, de la masa salarial global y de los beneficios totales en un marco general de seguridad, y sobre todo, de pleno empleo, sin cuestionar las libertades y afianzando, profundizando y extendiendo la democracia”*.

Funcionamiento del Estado del Bienestar

A partir de los anteriores fundamentos, el funcionamiento del Estado del Bienestar requiere la existencia de un marco normativo y un consenso político y social que permite a los poderes públicos intervenir para garantizar a los individuos y familias un nivel mínimo de ingresos, independientemente del valor que dé el mercado a su trabajo o propiedad; evitar las crisis personales y familiares, procurando medios para hacer frente a determinadas contingencias (enfermedad, ancianidad o desempleo); y asegurar que los servicios sociales sean ofrecidos a la ciudadanía independientemente de su estatus o clase social (Barroso y Castro 2012).

De esta forma, según apunta Offe (2006), el funcionamiento del Estado del Bienestar puede asimilarse a lo que él denomina *“status order”*, que ofrece tres niveles de protección: dentro del mercado laboral, regulando las condiciones de la actividad

laboral; fuera, protegiendo a quienes se quedan fuera del mismo; y asegurando la distribución de la renta vía negociación colectiva, junto a las rentas implícitas que suponen los servicios públicos universales como la educación y la sanidad.

2.2. Regímenes de Bienestar

Hablar de Estado del Bienestar no deja de ser una referencia unitaria que se apoya en el trazo grueso analítico que sólo percibe los elementos comunes de la respuesta pública a un conjunto de necesidades y riesgos que fueron conformándose en el mundo europeo y norteamericano en el proceso de industrialización; proceso que hizo emerger los elementos más depredadores del capitalismo, aquéllos que destruyeron una base social de respuesta colectiva a los problemas de supervivencia sin alumbrar nuevos sistemas de remplazo y que dieron lugar a un fuerte deterioro de los niveles de vida de la mayor parte de la población. Atender, básicamente, los mismos problemas no implicó que no se difiriese en las respuestas, lo que nos impide hablar de un único Estado del Bienestar; por el contrario, vieron la luz diversos modelos que han evolucionado de manera diferente.

2.2.1 Estado versus estados del bienestar: los regímenes de bienestar

En efecto, el desarrollo del Estado del Bienestar no ha sido lineal ni homogéneo en los distintos países. Durante la *Edad de Oro* se consolida un conjunto de estados del bienestar que han sido el objeto del análisis y de la crítica a partir de los años 70, cada uno de los cuales ha enfocado su adaptación a los cambios ideológicos, económicos y sociales de una manera diferente. Entender el Estado del Bienestar en la actualidad requiere, por tanto, conocer y diferenciar estos modelos, pues como señala Moreno (2002, 1), su análisis suele *“aislarse en construcciones teóricas situadas más allá de las coordenadas de espacio y tiempo. Sin embargo, la dimensión histórica y los referentes territoriales son atributos esenciales para la comprensión de la gestación, desarrollo y transformación de los modernos estados del bienestar. Sistemas culturales, legados institucionales, arenas políticas y marcos organizativos son áreas cruciales a analizar”*.

De hecho, Moreno (2002) atribuye a las tres grandes corrientes ideológicas europeas animadoras del debate sobre la *cuestión social* (cristianodemócrata, liberal y socialdemócrata) la inspiración de los programas gubernamentales responsables de las modernas estructuras públicas de protección social. Aunque ninguna de ellas puede arrogarse en exclusiva la formulación del Estado del Bienestar, son las que aportan los elementos de dos grandes modelos: el universalista o '*beveridgeano*', basado en la consideración de unos derechos básicos del bienestar para los ciudadanos, y el ocupacional o '*bismarckiano*', basado en el principio contributivo de la seguridad social, principal mecanismo institucional para el bienestar y la previsión social. Lo que a la postre se corresponde con los dos grandes modelos de capitalismo: el anglosajón y el renano (Ebbinghaus, 1999).

El primer intento de clasificación de los estados del bienestar fue tarea de Titmus (1958). Como señala Donati (2004), enfocó el análisis tanto desde el «deber ser» -plano normativo- como desde la observación de la vida real -plano empírico-, y elaboró su clasificación en función del grado de institucionalización de los servicios de bienestar. En su libro *Política Social*, (Titmus, 1981), escrito al final de su vida, identifica tres modelos de política social: residual, industrial o remunerativo e institucional-redistributivo.

En el modelo **residual** del bienestar coexisten dos canales naturales a través de los cuales las necesidades de los individuos vienen a ser satisfechas: el mercado privado y la familia. Las instituciones sociales del bienestar, con una función marginal, deben intervenir sólo de manera subsidiaria. Por tanto, el Estado prestaría solo determinados servicios a aquéllos que puedan demostrar la imposibilidad de financiarlos por sí mismos. Este modelo se caracteriza por ser poco exigente en gasto, otorgar poca importancia a los agentes sociales y establecer una escasa regulación del mercado de trabajo.

En el modelo **industrial o remunerativo** las necesidades sociales se satisfacen sobre la base del mérito monetario, por lo que el bienestar se subordina al progreso

económico. El Estado desempeña un papel complementario a través de prestaciones contributivas asociadas al puesto de trabajo.

Frente a estos dos modelos, propone un tercero del que fue ferviente defensor: el ***institucional-redistributivo***. Este modelo considera el bienestar como el valor máximo que debe ser asegurado, situando el bienestar social al mismo nivel que la economía, haciendo posible la participación del individuo en la comunidad como miembro integrado y activo. Es un modelo que trata de prevenir los efectos del cambio social a la luz del principio de la igualdad social (Gómez de Pedro, 2001), que conlleva un elevado gasto, un papel preponderante de los poderes públicos en la satisfacción de las necesidades humanas y en la protección frente a los riesgos sociales y vitales, el carácter universal de las prestaciones, y una extensa regulación del mercado de trabajo, con fuerte presencia sindical y relevancia de las políticas activas de empleo (Titmus, 1981).

La tipología propuesta por Titmus dio paso a un intenso desarrollo de estudios comparados que han dado lugar a múltiples clasificaciones. Siguiendo a Ochando (1999) podemos diferenciar tres grandes grupos de clasificaciones que toman como referencia: el grado de institucionalización, el grado de corporativismo y el criterio político.

Al primer grupo pertenecen la ofrecida por Titmus; la de Gomá (1996), --*Corporativo, Residual, Universal y Tradicional*--; o la de Ebbinghaus (1999), que diferencia cuatro modelos dentro del contexto europeo --*nórdico, centro, del Sur y anglosajón*-- a partir de los modelos de capitalismo *anglosajón* y *renano* y del conjunto de factores institucionales que articula cada país. Por su parte, Furniss y Tilton (1977), distinguen tres tipos de regímenes intervencionistas: Estado *Positivo* (Estados Unidos), estado de la *Seguridad Social*, con garantía de nivel mínimo de vida civilizada (Reino Unido) y el estado de *Bienestar Social*, radicalmente democrático e igualitario (Suecia).

Ochando (1999, 79), citando a Mishra, según el grado de corporativismo diferencia entre el Estado del Bienestar *pluralista* y el *corporatista e integrado*. El primero considera la política social como autónoma e independiente de la economía y se

caracterizara por un pluralismo de grupos de interés que no ejercen el poder con un sentido de responsabilidad social. Por su parte, el segundo concita un consenso básico sobre los objetivos económicos donde la economía es regulada tanto por el lado de la oferta como por el de la demanda.

Por lo que respecta a las clasificaciones que toman como referencia un criterio político, Abrahamson (1995) distingue entre Estado del Bienestar *Socialdemócrata*, *Liberal*, *Conservador* y *Católico*. Por su parte Lessenich (1996), prácticamente en los mismos términos, los clasifica en *Socialdemócrata*, *Liberal*, *Conservador* y *Postautoritario*.

No obstante, estas tipologías encuentran su expresión más significativa en la obra de Esping-Andersen (1993) sobre los Regímenes de Bienestar. Su clasificación, tributaria de los tres modelos de Titmus, se ha convertido en la referencia de la división clásica de regímenes de bienestar (Danforth, 2014; Emmenegge et alia, 2015).

2.2.2. Los Regímenes del Bienestar de Esping-Andersen

La clasificación realizada por Esping-Andersen (1993) en su libro *Los tres Mundos del Estado del Bienestar* constituye, sin lugar a dudas, el núcleo sobre los debates e investigaciones en esta área de conocimiento. Como señalan Draibe y Riesgo (2006, 18), el enfoque de los *Regímenes de Bienestar Social* ha registrado un desarrollo intelectual sin par, marcado por tres procesos simultáneos: su creciente (y casi incontrolada) utilización en estudios de política social comparada; las intensas críticas teóricas y metodológicas a las que ha sido sometido, y la incorporación de contribuciones críticas a su diseño teórico original. También ha coadyuvado su divulgación extraacadémica, al formar parte del discurso de defensa de los derechos sociales y las investigaciones o las propuestas de organizaciones internacionales, entre las que se encuentra Naciones Unidas.

Los criterios de clasificación

Esping-Andersen arranca del concepto de ciudadanía social de Marshall al considerar la ciudadanía social y la concesión de derechos sociales como elementos básicos del Estado del Bienestar (Espina, 2002, 4). Argumenta que, del mismo modo que el nacimiento de los derechos civiles requirió la protección de los derechos políticos, éstos solo son efectivos si se garantiza cierta seguridad y recursos económicos a través de los derechos sociales (Esping-Andersen, 1985).

De aquí surge su arquitectura teórica: el concepto de *desmercantilización* (*decommodification*) (Esping-Andersen, 1985). Según éste, si los derechos sociales se consideran inviolables e independientes del mercado y su concesión se realiza basándose en la ciudadanía social y no en el comportamiento real, los individuos no dependerán para su supervivencia y su bienestar de su participación en el mercado laboral, siendo independientes, si no total al menos parcialmente, del mercado, de la caridad o del apoyo de su familias.

Su argumento encierra un método de análisis comparativo, pues a esta conclusión llega, como señala Espina (2002, 2), tras percatarse que *“por mucho que las reformas conservadoras que dieron origen al Estado del Bienestar en la Alemania unificada del siglo XIX se dirigieran a contener el malestar y la rebelión de los trabajadores, con ellas se rompió la dependencia exclusiva de éstos respecto al mercado -y la absoluta autonomía de este último respecto al sistema político, postulada por la economía clásica inglesa-, convirtiendo a la política social en instrumento de desmercantilización y en recurso potencial de poder a través de elecciones democráticas, de acuerdo con la teoría de los Recursos del Poder”*.

Del concepto de ciudadanía social y su idea de desmercantilización, surge otro de los elementos básicos en su tipología, la estratificación social: El estatus de un individuo como ciudadano competirá con su estatus o su posición de clase y el Estado del Bienestar puede reconfigurar el orden de clases sociales.

Según lo antedicho, los tres elementos que utiliza Esping-Andersen para su análisis son: el grado de desmercantilización de los bienes y servicios sociales, sus efectos en la estratificación social, y el compromiso con el pleno empleo. El grado de desmercantilización se aproxima, a su vez, a partir de tres factores: el acceso a los beneficios sociales, su suficiencia y su alcance. Un sistema estará más desmercantilizado cuanto menos condicionantes previos existan para acceder a las prestaciones y mayor sea su duración; y cuanto mayor sea su capacidad para proporcionar un nivel de vida aceptable a los beneficiarios y más amplio sea el alcance de los derechos identificados.

En lo que concierne al segundo elemento, el sistema de estratificación social, la clave reside en la universalidad de los servicios, ya que es la forma de construir una sociedad con un menor nivel de desigualdad, frente a sistemas diferenciados o residuales. Y respecto al tercer elemento, el pleno empleo, lo esencial son las estrategias y la capacidad para alcanzarlo y/o mantenerlo e incidir sobre la oferta de trabajo (Esping-Andersen, 1993, 65-66).

Los tres Mundos del Estado del Bienestar

Así, a pesar de seguir la tradición de Titmus, la tipología de Esping-Andersen lleva etiquetas más de carácter político, no sólo por su origen histórico sino porque, lejos de constituir paquetes de políticas aisladas, forma verdaderos sistemas que tienden a constituir “regímenes”. Es decir, contribuyen a la institucionalización de las preferencias de clase y del comportamiento político, de modo que sus vicisitudes afectan con carácter decisivo a las tendencias electorales a largo plazo (Espina, 2002, 6).

Los tres modelos, regímenes, o tipos ideales que propuso originariamente son el liberal, el conservador o corporativo y el socialdemócrata.

El régimen liberal

En este régimen se encuadran Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Irlanda y el Reino Unido. La concepción liberal implica individuos autosuficientes y fe ilimitada en la soberanía del mercado; el Estado sólo cubre los malos riesgos (Espina, 2002, 9). De esta manera, el régimen liberal adopta una ética individual, una protección social donde predomina el mercado y otorga al Estado un papel residual. Es decir, el régimen de bienestar Liberal se rige por el principio de subsidiariedad, de tal forma que el Estado sólo interviene cuando fallan las instituciones más próximas a él - las “corporaciones” a que se pertenece y la familia-(Espina, 2004, 2).

El peso del bienestar recae, pues, en el mercado mientras que el Estado cubre exclusivamente los riesgos socialmente inaceptables, definidos con carácter restrictivo, aunque universales, para garantizar un nivel de vida mínimo a los individuos y ayudar a reducir el impacto de los riesgos que pueden llevar aparejada la pobreza tales como el desempleo, la enfermedad, el envejecimiento. Es un sistema en el que el Estado solo actúa tras comprobarse los medios de vida e ingresos de la persona beneficiaria, por lo que predominan de forma modesta las transferencias sociales o los planes de seguros sociales. El resultado es que el régimen Liberal de Bienestar palía los efectos de la mercantilización, limita con efectividad el alcance de los derechos sociales y construye un orden de estratificación que es una mezcla de relativa igualdad de pobreza entre los beneficiarios de la protección social, de un bienestar social para mayorías diferenciado por el mercado y un dualismo político de clase entre los dos (Esping-Andersen, 1993, 47-48).

Por último, respecto del mercado de trabajo y el pleno empleo, el régimen liberal apela a salarios de equilibrio capaces de vaciar el mercado, libre de cualquier regulación.

El régimen conservador-corporativo

En este régimen se encuentran, entre otros, Alemania, Francia, y Austria. El legado histórico corporativista estatal fue elevado para atender a la nueva estructura postindustrial de clases, de tal forma que se conserven las diferencias de estatus, por lo que los derechos fueron vinculados a la clase y al estatus social (Esping-Andersen, 1993, 48). La influencia de la tradición legal romano-germánica favorece la regulación frente al mercado, cuyo papel es constreñido por el Estado a través de la fijación de derechos legales para trabajadores y ciudadanos.

Tres son las características básicas de este régimen (Espina, 2002, 10):

- La segmentación de población que privilegia generalmente a los funcionarios y establece múltiples sistemas de acceso y niveles de prestaciones en razón del status profesional, a través del fortalecimiento de los mecanismos de representación y prestación de servicios de bienestar de tipo corporativista.
- Reducido papel del mercado. La prestación de los servicios es asumida directamente por el Estado o por asociaciones voluntarias o eclesiásticas sin fines de lucro.
- El familiarismo, especialmente fuerte en la Europa meridional y en Japón, que consiste en un sistema de protección social dirigido principalmente al varón cabeza de familia, haciendo descansar sobre ésta la responsabilidad principal de dispensar cobertura del riesgo y cuidados de bienestar a sus miembros en circunstancias de necesidad.

Fruto de este familiarismo, que atribuye un papel fundamental al varón trabajador cabeza de familia, el objetivo de pleno empleo y la regulación del mercado de trabajo, son factores importantes, a los que se da respuesta ofreciendo protección para la salida de la actividad, como las prejubilaciones o la prolongación del seguro de desempleo.

Por lo tanto, es un sistema que descansa en la solidaridad familiar y que tiene como referencias el estatus, el corporativismo y el estatismo. Frente a la familia, el Estado tiene una acción subsidiaria, pues sólo interviene cuando fallan las instituciones más cercanas al individuo, mientras que el mercado tiene un carácter marginal. Es decir, es un régimen que responde a los fallos de la familia y no a los del mercado como el liberal (Espina, 2002, 10).

El régimen socialdemócrata

Aquí se clasifican Suecia, Dinamarca, Noruega y Finlandia. Es un régimen fundado en la solidaridad de base universal, caracterizado por una composición de la previsión social, en la cual el Estado desempeña un papel central, frente a las posiciones marginales de la familia y del mercado. Esping-Andersen lo llama “Socialdemócrata”, *“puesto que en estos países la socialdemocracia fue sin duda la fuerza dominante impulsora de la reforma social”* (Esping-Andersen, 1993, 48).

El enfoque socialdemócrata es clave para entender este régimen, pues supone que la economía de mercado no solo es compatible con la política social, a través de un control indirecto del Estado sobre los mercados para garantizar el bienestar de los ciudadanos, sino que la política de bienestar es un recurso para una mayor eficiencia económica.

En el origen de este enfoque están los planteamientos del matrimonio Myrdal en los años treinta, quienes acuñaron el término *“política social productiva”* (Andersson, 2005). Se trata de un enfoque ligado a los objetivos de incrementar las tasas de natalidad, fecundidad y actividad, y de incorporar a la mujer al mercado de laboral mediante un amplio abanico de políticas sociales centradas en la conciliación de la vida laboral y familiar, que se presentaron como básicas para asegurar la supervivencia de la sociedad y la economía a largo plazo. Un planteamiento, que no solo permitió conciliar los objetivos de igualdad y eficiencia, hasta entonces contradictorios, sino que de hecho se convirtió en una condición para su optimización (Esping-Andersen, 1993).

El régimen *socialdemócrata* es el resultado de una transformación progresiva de los sistemas de asistencia social tradicionales en programas de reconocimiento de derechos con tendencia creciente hacia la universalización, a los que a partir de 1970 se unieron amplios programas de servicios sociales y de sostenimiento de ingresos para las mujeres trabajadoras. Se trata de una socialización global de riesgos, con rechazo de los mecanismos de mercado, elevados niveles de subsidio e igualitarismo, con escasa relación entre ingresos laborales y prestaciones (Espina, 2002, 10).

Por consiguiente, el régimen *socialdemócrata* se caracteriza por la provisión universal de bienestar por parte del Estado sobre la base del principio de ciudadanía. El papel fundamental en la provisión de bienes y servicios sociales es asumido por el Estado, mientras que, al contrario de lo que sucede en los modelos *anglosajón* y *continental*, el papel del mercado y de la familia es menos significativo. Las prestaciones del Estado del Bienestar son muy amplias, con cobertura global de los riesgos sociales y vitales, por lo que existe una alta presión fiscal (González, 2011, 101).

“Quizá la característica más sobresaliente del régimen socialdemócrata es la fusión de bienestar social y trabajo” (Esping-Andersen, 1993, 49). Este régimen dio siempre prioridad a la entrada al trabajo, al pleno empleo y a la actividad (con tasas de actividad femeninas del 80%), otorgando protección social a título de contrapartida. Por eso, el Estado interviene de forma importante en los mercados de trabajo, sobre todo a través de una amplia variedad de políticas activas, incentivos fiscales y empleo en la administración pública. De esta forma, los sistemas escandinavos ofrecen toda una gama de servicios que garantizan una alta participación activa de hombres y mujeres en el mercado de trabajo (Espina, 2002, 7).

Las críticas y reelaboraciones de los regímenes

Las tipologías, por su naturaleza, tienen limitaciones y no están exentas de crítica., Siguiendo a Draibe y Riesco (2006) podemos concretar en tres las principales críticas realizadas a la propuesta de Esping-Andersen.

En primer lugar, a nivel teórico-conceptual, destaca una *crítica feminista*, que se concentra en dos puntos:

- Se considera que el autor no lleva hasta las últimas consecuencias (como lo hizo con el Estado y el mercado) el papel de la familia en la caracterización y dinámica de los regímenes.
- Y se observa la ausencia de la dimensión de género y de la división sexual del trabajo, omisión que ha conducido al autor a considerar tan sólo el modelo hombre-proveedor/esposa cuidadora. El resultado es una cierta simplificación en su esquema de reparto de la provisión de bienestar, que no es a dos sino a tres, y el olvido de la segregación por género en la definición del modelo de bienestar.

En segundo lugar se encuentra la llamada *crítica de la especificidad*, según la cual los tipos o clases de regímenes de bienestar social son, por definición, formales y, por ende, no siempre posibilitan la buena comprensión y clasificación de ciertos casos. El argumento de la especificidad apunta a las irreductibles particularidades de las situaciones históricas en las cuales se objeta la aplicación de los conceptos, y a las características de los puntos de partida de las democracias industriales occidentales, que no se pueden reproducir. Además, en este marco, se encuadra la idea del desarrollo insuficiente basado en la idea de que los tipos o paradigmas son inaplicables debido, en última instancia, al insuficiente nivel de desarrollo de la sociedad, de la economía o del sistema de protección social mismo respecto del “desarrollo óptimo” alcanzado en los regímenes originales (Draibe y Riesco, 2006, 22).

En tercer lugar, podemos hablar de *suecocentrismo*, en la medida que el Estado del Bienestar escandinavo ha sido la vara para medir los logros y carencias de los sistemas de protección social del resto de los países capitalistas avanzados. No extraña, por tanto, que buena parte de los análisis normativos de mayor influencia académica no hayan ocultado sus preferencias por el desarrollo del estado del bienestar en Suecia. Sucede, empero, que sus pulsiones prescriptivas adolecen a menudo de voluntarismo, ideologismo y, sobre todo, de falta de conmensurabilidad comparativa. Se ha

producido con frecuencia, por tanto, una mistificación en la evaluación normativa respecto a qué debe ser un Estado del Bienestar en el desarrollo histórico y real de los sistemas de protección social a analizar (Moreno, 2001, 186).

Tras estas críticas, Esping-Andersen reaccionó incorporando a la familia en el análisis, abriendo la perspectiva a la segregación por género del trabajo e introduciendo el concepto de *regímenes de bienestar* en sustitución de sus famosos *mundos*, un término más amplio, que permite entender que la evolución de bienestar ha dado lugar a una variedad de sistemas. Este concepto de *regímenes* toma en consideración de forma interactiva y dinámica la naturaleza del bienestar social en relación con sus tres principales productores: los dos utilizados en la clasificación de los tres mundos, Estado y mercado, y además la institución de la familia, reconociendo a los hogares y las familias el mismo carácter estructurante en la conformación de los regímenes del bienestar que al estado y al mercado (Esping- Andersen, 2000, 102).

Para ello, en paralelo a su concepto de *desmercantilización*, introduce el de la entendida colectivización de las necesidades de las familias o, si se prefiere, una mayor responsabilidad del conjunto de la sociedad para procurar bienestar y satisfacción vital a los miembros de las familias (Moreno, 2001, 187). De esta forma, un régimen resultará del modo en que el bienestar es producido y distribuido entre el Estado, el mercado y la familia (Esping-Andersen, 2000).

Este nuevo concepto de regímenes es también el resultado de las críticas referidas a la especificidad y el suecocentrismo pues los regímenes de bienestar social son por definición formales y, por ende, no siempre posibilitan la buena comprensión y clasificación de ciertos casos, abriendo la puerta al reconocimiento de la existencia de otros regímenes que distintos autores habían venido señalando como el Mediterráneo, el asiático o el de las antípodas (Esping-Andersen, 2000).

2.2.3. Otros regímenes de Bienestar

La tipología de Esping-Andersen, como hemos visto, ha recibido críticas desde el interior y del exterior de sus regímenes. Desde una mirada del interior, porque no tiene en cuenta matices o circunstancias que excluyen otros modelos de la OCDE en los que nos detendremos más adelante. Desde el exterior se echa en falta una mirada no occidental de los sistemas de protección social y bienestar. Como señalan Draibe y Riesco (2006, 9), a pesar de que en su origen el análisis de los regímenes del bienestar se basó en los países desarrollados, fundamentalmente europeos, lo cierto es que este desarrollo analítico ha evolucionado para captar mejor la especificidad histórica de los procesos de emergencia y transformaciones del Estado del Bienestar distintos a los de la Europa Occidental.

A esta ampliación de enfoque ha contribuido el avance de los estudios históricos comparados. Dentro de la corriente de la *Historia Global*, el enfoque de Göran Therborn (1995) plantea que la historia no presenta tendencias universales. Por el contrario, sostiene que se observan diferentes recorridos hacia la modernidad en la medida que los estados nación, como hito básico de este camino, no emergieron del mismo modo en todo el mundo (Therborn, 2012b, 8). Entender las diferentes trayectorias y comprender los distintos marcos institucionales y culturales, permite superar el eurocentrismo y el problema de la especificidad.

Therborn (2012a) establece cuatro rutas hacia la modernidad a partir de las configuraciones histórico-institucionales que han estado presentes desde sus inicios, apoyándose en el carácter endógeno o exógeno de las fuerzas y culturas favorables y adversas a la modernidad.

En primer lugar, la ruta endógena europea se caracteriza por el hecho de que las fuerzas de la modernidad y de la anti-modernidad fueron de carácter interno. Su trayectoria se basa en las consecuencias de la industrialización en términos de urbanización y cambio demográfico, la secularización, la democracia parlamentaria y la centralización e intervención estatal.

En segundo lugar, la trayectoria seguida por las sociedades de colonos de los Nuevos Mundos, se caracteriza por la anti-modernidad asociada a las antiguas metrópolis y a la cultura nativa local.

En tercer lugar, en la zona colonial que abarca desde el noroeste de África hasta el sudeste asiático, la modernidad se impuso con el batir de las armas durante la conquista colonial con el resultado de una combinación de impulso moderno reducido y de neo-tradicionalismo.

Por último, la modernización reactiva es resultado de la amenaza del poder colonial; un intento conservador para defender el estado existente, que llevó aparejada una importación selectiva de arriba a abajo de la modernidad (Therborn, 2012a).

La elaboración de las distintas rutas de la transición hacia la modernidad contribuye a ampliar la “historicidad” de las categorías de regímenes de bienestar, al identificar las raíces sociales históricas de las modernas estructuras y políticas de la política social. Éstas son el resultado del entrelazamiento de instituciones modernas en construcción con las instituciones de protección social preexistentes apoyadas en sistemas tradicionales de regulación familiar y demográfica (Draibe y Riesgo, 2006, 31)

Tributarios de este análisis son los intentos de ampliación hacia nuevas categorías de regímenes y estados del bienestar, más sensibles a la peculiaridad histórica de países y regiones no bien representados en las clasificaciones iniciales. A continuación recogemos, algunas de las principales tipologías.

Mediterráneo

Esta perspectiva más amplia ha permitido identificar las peculiaridades de los países del sur de Europa (Portugal España, Italia y Grecia) como integrantes de un modelo de bienestar social propio bajo distintas denominaciones: Mediterráneo (Ferrera, 1996), Católico (Abrahamson, 1995), Tradicional (Goma, 1996) o Post-autoritario (Lessenich, 1996); aunque la denominación que se ha consolidado, sobre todo entre los

investigadores de estos países, es la primera (Moreno Fuentes *et al.*, 2015). Estos autores han realizado un notable esfuerzo analítico para superar la consideración de estos casos como subtipos de otros regímenes o modalidades no desarrolladas, incipientes o retrasadas, dándole una configuración propia que se sitúa entre el corporativismo y la tradición de Beveridge (Flaquer, 2000, 3). Se trata de sociedades relativamente duales, en las que el peso del sector irregular de la economía y el desempleo estructural persistente divide a la sociedad entre los que disponen de protección y los que no (Moreno Fuentes *et al.*, 2015). Sus características principales son:

- El papel decisivo de la familia en la previsión social, calificado como sistema familiar Mediterráneo (Flaquer, 2000, 5). En este sentido, la familia actúa como un mecanismo de protección autónomo que tiene los rasgos de un sistema propiamente dicho, que abarca desde la realización de transferencias intrafamiliares hasta un modelo de cuidados casi global a cargo de las mujeres de la familia (Esping- Andersen, 2000, 56). En terminología de este autor es un régimen que presenta un bajo nivel de desfamilización.
- Una estructura de previsión social dual, carente de programas de asistencia social y apoyo a la familia, y una estructura institucional muy fragmentada (Draibe y Riesco, 2006, 23), compuesta por el pilar de la seguridad social -vinculado al mercado formal de trabajo- que provoca segmentación y dualidad en la protección conforme a la categoría profesional y contractual de los individuos; y el pilar de los programas universales que, además de educación, incluye un sistema universal de salud.
- Al igual que sucede en otras sociedades europeas, aunque con mayor intensidad, existe una presencia de mecanismos políticos discrecionales de distribución de beneficios sociales, con un aparato del Estado “blando” y un fuerte peso de comportamientos propios del corporativismo y las “máquinas de patronazgo” controladas por los partidos políticos (Castles y Mitchel, 1993; Ferrera, 1996).

Régimen asiático

Las profundas diferencias Occidente-Oriente hacen difícil pensar que los sistemas de protección social de los países asiáticos de desarrollo tardío puedan encuadrarse bajo el concepto de Estado del Bienestar, una construcción institucional típicamente occidental. Esto llevó a plantear la existencia de un régimen asiático en el que existe una fuerte relación entre desarrollo económico y política social (Esping-Andersen, 2000; Gough, 2004b; Kwon, 1997, 2003). Este modelo adopta como denominación más aceptada la de *régimen desarrollista de bienestar* (Gough, 2004b; Kwon, 2003).

Siguiendo a Goodman y Peng, (1996) y Gough (2004b) podemos sintetizar sus rasgos principales:

- Gran peso de la población agrícola, una enorme presencia y peso de las grandes corporaciones industriales y papel reducido del Estado.
- El Estado, muy centrado en la regulación económica y social, juega un papel relativamente reducido en la previsión social en comparación con la participación de la familia, que tiene una posición central, y las empresas y organizaciones filantrópicas, encargadas de la canalización de la protección social a los trabajadores asalariados del sector público y privado. Por ello, son escasos los derechos sociales universales, muy bajos el grado de desmercantilización y el efecto estratificador de las instituciones de la política social y hay un reducido peso del gasto social.
- A pesar de este bajo gasto público en bienestar, esta configuración institucional genera una combinación de dinamismo económico y cohesión social capaz de producir notables resultados sociales, en especial en educación y salud.
- Aunque hay autores como Kwon (2003), que distinguen dentro de los sistemas asiáticos entre el tipo de *“bienestar desarrollista inclusivo”* de la República de Corea y Taiwán, tras las reformas de fines de los años noventa, y el *“bienestar desarrollista selectivo”* de Singapur y Hong Kong, en todos ellos existe una

articulación explícita entre política económica y política social, es decir, una incorporación de la política social a la estrategia estatal de desarrollo.

Europa del Este

Los regímenes de bienestar vigentes en los antiguos países del bloque soviético que se adhirieron en una primera oleada a la Unión Europea en 2004 -Estonia, Letonia, Lituania, Polonia, Hungría, República Checa, Eslovaquia, Eslovenia, y posteriormente en 2007 -Rumania y Bulgaria- conforman el denominado Estado del Bienestar de Europa del Este.

Como señala González (2011, 304-305), si en etapas anteriores la mera existencia de regímenes comunistas en Europa del Este había influido en los sistemas de bienestar del Oeste, pues el estado socialista proveía a sus ciudadanos de los medios necesarios para la subsistencia así como una educación y una sanidad universal, ahora serían los países occidentales los que acabarían influyendo decisivamente en el desarrollo del Estado del Bienestar en el Este.

La caída del Muro de Berlín y la adhesión de los antiguos países comunistas a la Unión Europea generó una transición que supuso cambios profundos en sus estructuras políticas y económicas. Mientras los países de tradición bismarckiana, como Checoslovaquia, Polonia y Hungría, fueron proclives a desarrollar un sistema de corte liberal que supusiera la transformación total de sus mecanismos de protección social, reduciendo el papel público, los países que carecían de esa tradición (Bulgaria, Rumania y las repúblicas exsoviéticas) tendieron a mantener una importante presencia del Estado en sus políticas de bienestar (González, 2011, 112).

Con posterioridad, la supervisión de los organismos internacionales y la integración en la UE provocó que se desechara en gran medida el legado de las instituciones comunistas, generando un proceso de liberalización que terminó integrándolas plenamente en Europa. Este proceso no dio lugar a un modelo propio, sino uno con características propias de los modelos tradicionalmente presentes en la Unión

Europea, coexistiendo con regímenes próximos en algunos casos al Modelo Liberal (como es el caso de los países bálticos, Eslovaquia, Rumania y Bulgaria) y en otros al Modelo Continental (República Checa, Hungría, Eslovenia, Polonia) (González. 2011, 113).

Régimen de los asalariados

Otra variante es la del régimen del bienestar de Australia y Nueva Zelanda *Estado del Bienestar de los Asalariados*, diferente del régimen liberal donde los engloba Esping-Andersen (1993). En su consideración (Castles y Mitchell, 1993), señalan que es un error centrarse en la actividad del Estado para delimitar los regímenes de bienestar, pues este modelo, sin bien las prestaciones del Estado del Bienestar son modestas y los destinatarios están limitados a la comprobación de rentas, la regulación del mercado de trabajo proporciona unas garantías fuertes y casi equivalentes a las del bienestar basado en prestaciones o servicios, a través de un sistema de arbitraje salarial.

Aunque cualitativamente pueda parecer que estos países dada la arquitectura del sistema de subsidios, pertenecen a un modelo de corte liberal, las diferencias cuantitativas que presentan en cuanto al nivel de protección hacen difícil su encuadre en este régimen. El sistema es más amplio y generoso, ya que los límites de renta para acceder a los beneficios sociales se sitúan lejos de los límites de la pobreza, más cerca de un nivel de ingresos medios, lo que significa que su alcance no es residual sino que incluye a una mayor proporción de personas. Es decir, cuando este régimen se estudia desde la perspectiva del bienestar dispensado por el Estado y de la forma de provisión, el hincapié en el igualitarismo y en los derechos de las personas asalariadas, hace que tiendan más al modelo socialdemócrata que al liberal (Castles y Mitchell, 1993).

Latinoamericano

Siguiendo a Draibe y Riesco (2007), también podemos hablar del *Estado Desarrollista de Bienestar Social Latinoamericano*, cuya base son los estudios de la CEPAL sobre el Estado desarrollista y su papel crucial en el dinamismo económico del modelo de industrialización para la sustitución de importaciones y su vinculación a las políticas sociales.

El enfoque propuesto por estos autores identifica la especificidad de las políticas sociales durante el proceso de industrialización registrado por la región, señalando que los sistemas de protección social fueron un componente esencial de los estados desarrollistas latinoamericanos, al promover la modernización de las estructuras productivas y sociales y hacer viable la transformación de trabajadores rurales de la agricultura tradicional en asalariados de la industria incipiente, incorporados en las estructuras y dinámicas propias de la economía urbana de mercado.

Este proceso histórico, junto con el intenso proceso desregularizador que, en mayor o menor medida, antes o después, han sufrido casi todos los países latinoamericanos, han marcado la dirección y configuración de sus sistemas. El resultado es la relativa incapacidad de éstos para brindar protección social efectiva ante los riesgos sociales que más fuertemente amenazan hoy a la ciudadanía (Draibe y Riesco, 2009, xi).

Así, las diferentes variantes del *Estado Desarrollista de Bienestar Social Latinoamericano*, a pesar de la mejora en materia de eficiencia y efectividad de los servicios sociales públicos, así como un aumento de cobertura y calidad en educación y salud, fruto de la regulación neoliberal de sus economías siguen prisioneros de lo que se da en llamar el malestar contemporáneo: de un lado, la pobreza, la desigualdad, el desempleo, la exclusión social en sus diferentes formas; de otro, las limitadas capacidades institucionales para su superación, frente a los poderosos movimientos de las economías domésticas en el contexto de la globalización, movimientos que tienden a reiterar y profundizar aquellos problemas y desafíos (Draibe y Riesco 2009, XII).

Otras tipologías

Hasta aquí se han presentado los ámbitos en los que es posible identificar un régimen de bienestar, centrado en Europa, Este de Asia, Latinoamérica o las Antípodas; no obstante, autores como Gough, (2004a) y Gough y Wood (2004) plantean, en el marco del análisis de las categorías de Esping-Andersen, que países del mundo islámico, África o la India, donde existe un esfuerzo significativo del Estado en la provisión del bienestar, podrían pertenecer a algunas de las tipologías antedichas. Distinguen además entre los denominados regímenes de seguridad informal y los regímenes de inseguridad. Este último caso, especialmente en el África subsahariana, se caracteriza por un modelo de capitalismo predatorio y un Estado que frecuentemente es corrupto o inexistente.

2.3. La reforma permanente de los estados del bienestar. Crítica neoliberal, *retrechment* y resiliencia. ¿Una nueva *Edad de Bronce* de los estados del bienestar?

A pesar de las distintas características de cada uno de los regímenes de bienestar y de sus diversos desarrollos, todos parecen compartir un rasgo desde finales de los años setenta y principios de los ochenta: la reforma del Estado del Bienestar.

Si inicialmente en la década de los ochenta se habló de *Retrechment*, tratando de situar la reforma como una retirada o recorte progresivo del Estado del Bienestar, a partir de ahí los análisis empíricos empezaron a cuestionar que esta reforma supusiera una retirada o un recorte, sino más bien una continuidad o ajuste de las estructuras y los programas fundamentales, y se habló de resiliencia. La década de los noventa trajo una nueva oleada de trabajos que identificaron un panorama complejo y variado en relación con estos estudios pioneros de la política de reforma (Del Pino, 2004, 5).

Se puede hablar de una especie de reforma permanente, prácticamente desde los setenta, respecto de la cual no hay un consenso en cuanto a su intensidad y

profundidad. Estos cambios son fruto de presiones ideológicas, pero también de profundos cambios en las economías y las sociedades que cuestionan su sostenibilidad. La crisis actual no ha hecho sino intensificar un debate que ya venía de lejos.

El presente apartado se dedica a describir el proceso de reforma para después abordar los cambios que lo impulsan y el alumbramiento un nuevo paradigma sobre los estados del bienestar; paradigma emergente en el que los Cuidados de Larga Duración, hasta entonces un elemento marginal, adquieren un protagonismo notable como parte de la respuesta a los nuevos riesgos sociales y de la orientación del Estado del Bienestar para garantizar su supervivencia.

2.3.1. Crisis de los setenta, crítica neoliberal y *Retrenchement*

El denominado Pacto Keynesiano, que desembocó en la consolidación del Estado del Bienestar, empezó a resquebrajarse en los años setenta del siglo pasado con el resurgimiento del desempleo y la inflación. Efectivamente, en el inicio de los años setenta, un conjunto de problemas económicos, entre los que se encuentra el shock petrolífero, frenó el crecimiento económico permanente de la *Edad de Oro* del Estado del Bienestar, dando paso a un estancamiento económico acompañado de altas tasas de inflación y desempleo. En este contexto se produjo el colapso de la confianza en la capacidad del Estado para controlar el funcionamiento de la economía mixta sobre la base de las ideas keynesianas (Mishra, 1992)

La base económica no crecía o disminuía, y los gobiernos de la época se enfrentaban con déficits crecientes que limitaban su capacidad para afrontar el gasto público asociado a los estados del bienestar, lo que provocó un debate no solo sobre su viabilidad financiera sino también sobre su responsabilidad ante la situación de estancamiento económico existente. El keynesianismo retrocedió en términos de credibilidad frente al resurgimiento de las ideas neoliberales y neoconservadora, produciéndose una vuelta a las teorías neoclásicas del mercado.

El desarrollo del Estado del Bienestar que durante un largo ciclo de prosperidad había facilitado un empleo abundante en la Europa occidental, asegurado una expansión de programas de servicios sociales, educativos y sanitarios y una gran movilidad social, entró en crisis provocando el final de la referida *Edad de Oro*.

En esos años comienzan a publicarse trabajos donde aparecen conceptos como la *crisis fiscal del Estado* de O'Connor (1981), en el que se apunta el desequilibrio provocado por el paradigma keynesiano y la necesidad de recortar el gasto para reconducir la sostenibilidad de las finanzas; la *ingobernabilidad de la democracia* postulada por Crozier, Huntington y Watanuki, (1975), que plantean volver al dogma del déficit cero, privatizando gran parte de los servicios públicos; o la idea de sobrecarga del Estado recogida por Mishra (1992), en el sentido de que hay más demanda que capacidad de atenderla. Todos ellos inciden en las dificultades, e incluso en la conveniencia, de mantener el Estado del Bienestar en la medida que se le achaca ser una especie de corsé que constriñe la iniciativa de los ciudadanos y el potencial de las economías. De esta forma, de nuevo se revitaliza el debate entre eficiencia y equidad y el papel de las políticas sociales.

El renacer de los enfoques neoliberal y neoconservador (Martínez de Pisón, 1994, 245) y la convergencia en las críticas a este modelo de Estado, vino de la mano de la corriente liberal abanderada por Hayek (1982), la monetarista desde la Escuela de Chicago y la Teoría de la Decisión Colectiva.

La llegada al poder del Partido Republicano en EE.UU, liderado por Ronald Reagan, y del Partido Conservador británico por de M. Thatcher, supuso la traducción práctica de estos postulados, lo que afectaría a una gran cantidad gobiernos de diverso signo en todo el mundo durante las décadas de 1980 y 1990.

Como recoge Mishra (1992) al analizar la crisis del Estado del Bienestar, la política liberal-conservadora giró en torno a dos ejes: una aproximación monetarista a los problemas económicos para combatir la inflación, mediante la reducción de la oferta monetaria, del gasto y del endeudamiento público, junto a altos tipos de interés; y una

reducción de impuestos, incompatible con las necesidades financieras del Estado del Bienestar, al objeto de liberar la iniciativa privada y generar los incentivos necesarios para la inversión y la creación de riqueza.

En este contexto de crítica académica y ejercicio del poder político, la opción liberal-conservadora abanderó un repliegue del Estado y el desmantelamiento del Estado social. El concepto de *retrenchment*, aparece para poner de manifiesto el sentido de la reforma de los estados del bienestar: la retirada o recorte progresivo (Del Pino, 2004).

Este concepto ha presidido los debates y las investigaciones en los últimos 25 años. Su negación a finales de los años 90 propició la idea de la inexistencia de recortes (Pierson 1996) y alumbró la idea de la resiliencia de los estados del bienestar. Posteriormente fue revitalizada en los años 2000 con nueva evidencia empírica, en medio de un debate sobre la idoneidad de las variables, indicadores y métodos utilizados para la medición de las reformas o recortes conocida como el problema de la variable dependiente (Clayton y Pontusson 1998; Green Pedersen, 2004, Pierson, 2001).

2.3.2. La Edad de Plata del Estado del Bienestar: resiliencia, reforma o recalibración

La ofensiva liberal-conservadora indujo una política de cuestionamiento del Estado del Bienestar basada en la austeridad y, por ende, en la reducción del gasto social. No obstante, los estudios empíricos desarrollados hasta la década de los noventa encontraron que, lejos de haberse producido una reducción del gasto, el *Retrenchment*, éste se había mantenido. Esto provocó que en literatura se acuñara el concepto de resiliencia de los estados del bienestar y que a esta etapa se la conozca como la *Edad de Plata del Bienestar* (Taylor-Gooby, 2002). Expresión que trata de ilustrar el rendimiento notable, aunque relativamente peor que en la *Edad de Oro*, durante un periodo que va desde la década de 1980 hasta el inicio de la crisis la financiera mundial

El trabajo de Pierson (1994) sobre la reforma del bienestar durante la década de los ochenta en dos países que habían sido paradigma de recorte del Estado del Bienestar,

Reino Unido y Estados Unidos, puso de manifiesto que los ajustes efectuados no habían sido significativos, consolidándose la idea de resiliencia y la impresión de que los estados del bienestar contemporáneos eran relativamente inamovibles. En el debate sobre las causas de esta aparente impermeabilidad ante las reformas/recortes, en el que algunos autores como Esping-Andersen (1996) sostenían la validez, al menos parcial, de las teorías que explicaron el crecimiento del Estado del Bienestar, Pierson aporta un enfoque nuevo: el “Path Dependecy”, o Dependencia de la Senda.

Esta perspectiva de Pierson se basa en la importancia del pasado para la comprensión de los fenómenos de cambio, es decir, analiza las trayectorias que siguen las políticas públicas a partir de sus pautas de origen, entendiendo que el resultado depende de la historia inmediata que condiciona la decisiones tomadas por los actores políticos más que las condiciones del momento. Según esto, tras décadas de implantación, los estados del bienestar no solo han generado compromisos difíciles de cambiar, como las pensiones, sino también expectativas cuya frustración lleva asociado un fuerte castigo en términos electorales. Siendo así, no es fácil salirse de la senda e iniciar un nuevo camino, más fácil cuanto menor intensidad y amplitud tenga el sistema de protección, razón por la cual es menos complicado acometer recortes en el régimen liberal de bienestar que en el resto.

En una línea similar se mueve otra de las explicaciones utilizadas para justificar esta resiliencia, como es la tesis aportada por Weaver, (1986), sobre la *Blame Avoidance*, la *evitación de la culpa*. Ésta se basa en la existencia de un sesgo de negatividad en los votantes, según el cual tienden a ser más sensibles a las pérdidas reales o potenciales que a las ganancias. El resultado es que las decisiones políticas evitan medidas impopulares antes que reclamar el crédito de las populares.

A partir del final del años noventa comienza una nueva generación de estudios sobre esta relación, donde diversos autores cuestionan metodológicamente los trabajos que condujeron a considerar prácticamente inamovibles los estados del bienestar e identifican el problema de la variable dependiente (Green-Pedersen, 2004). Esta cuestión plantea cómo estimar la dirección y el alcance del cambio de los estados del

bienestar, las dimensiones en las que éste ha cambiado y los indicadores que podrían medirlo mejor. El resultado de esta oleada de estudios fue cuestionar la idea de continuidad y mostrar las profundas modificaciones que se habían producido en distintos países de la OCDE (Del Pino, 2004, 7). Como apunta Palier (2010), a partir de la década de 2000 comenzaron a aparecer evidencias de reformas complejas, algunas de la cuales podían considerarse recortes.

A partir de aquí, el debate se centró en el alcance de las reformas, utilizando la terminología y la clasificación de Hall (1989, 1993), para medir el grado de ruptura respecto de la trayectoria, senda, seguida por los regímenes bienestar. Este autor, sobre la base en las tesis Thomas Kuhn (2005) en relación con la evolución de las ciencias, identificó tres tipos de cambios en función de la intensidad y el grado de ruptura, reservando un último tipo para cambios radicales que implicaran la alteración de instrumentos y objetivos de las políticas de bienestar que supusiera salirse de la senda seguida hasta entonces. Apelar a esta clasificación de los cambios, permitió integrar las reformas en el enfoque de la dependencia de la senda, superando la postura inicial de Pierson, en la medida en que determinadas modificaciones que implican algún cambio en los objetivos o en los instrumentos de política social pueden enmarcarse dentro del esquema básico, sin salirse de la senda.

Situar con este enfoque clasificatorio los cambios de las políticas en una lógica de continuidad y de cambios incrementales, y que solo de forma esporádica se registren cambios más grandes y abruptos, nos lleva a considerar las aportaciones de Starke et alia (2013) cuando reclaman una perspectiva amplia para identificar las reformas emprendidas. Este autor, tras señalar que las políticas sociales no acostumbran a sufrir cambios radicales, sostiene que la lentitud de los cambios en las políticas requiere no quedarse en el análisis coyuntural, sino profundizar en tendencias.

Esta perspectiva encaja mejor con la posibilidad de que para apreciar la existencia de reformas sea necesario observar los cambios con un enfoque más transversal analizando los distintos regímenes, y observando las distintas tendencias bajo el prisma de que hayan abordado reformas con diferentes enfoques y objetivos. Así, el

propio Pierson (2001), señala que el tipo de reforma en cada régimen es distinto: los liberales tienden más a la remercantilización, los nórdicos se inclinan por la contención del gasto y los continentales se dirigen a la recalibración, entendiendo por tal las actuaciones de racionalización y actualización de los programas sociales para adaptarlos a las nuevas situaciones.

No obstante, como señala Del Pino (2004, 8), ante reformas que pueden calificarse de tercer orden en la terminología de Hall, el concepto de continuidad o de simple ajuste es inapropiado e incluso para algunos autores no resulta suficiente referirse a un cambio dependiente de la pertenencia a un régimen de bienestar concreto.

La conclusión que puede extraerse es la existencia de un proceso de reforma que, con diferente perspectiva, intensidad y alcance, afecta a todos los estados del bienestar y que no ha supuesto, al menos no hay evidencia empírica incuestionable, un *Retrechment*.

Ars (2013) realiza un repaso de los trabajos de varios autores, con distintas metodologías, para diferentes periodos entre 1975 y 2010, y varios grupos de países de la OCDE. En sus conclusiones apunta a que, salvo constatar cambios, los resultados dependen en gran medida de cuáles son los casos estudiados, las variables dependientes elegidas y las diferencias en el enfoque sobre dominios y dimensiones específicas del Estado del Bienestar.

Se puede afirmar, con una perspectiva más amplia a la utilizada por Pierson para el régimen continental, que se ha producido una *recalibración* del Estado del Bienestar (Moreno, 2013), es decir que se han producido reformas pero no una ruptura en línea de lo que suponía el *retrechment*. Es innegable que se ha registrado un cambio en los Estados del Bienestar, que no solo justifica que pueda hablarse de una *Edad de Plata* frente al dorado tiempo del Estado del Bienestar keynesiano, sino que se debata si nos encaminamos hacia una Edad de Bronce como ha acuñado por Moreno (2013, 25).

Idéntica conclusión es la obtenida por Hemerijck et alia (2013) tras el estudio de los patrones europeos de reforma. De hecho, parafraseando la paradoja del abejorro,

señala que la reforma es difícil, pero sucede (Hemerijck et alia, 2013, 77). Lo que observan estos autores es un proceso muy dinámico de reforma del bienestar, con trayectorias integrales de recalibración, aunque el alcance global de las reformas en toda Europa haya sido variable. Si bien desde principios de los años 90 hasta mediados de la década de 2000, el gasto público social en porcentaje del PIB continuó absorbiendo entre el 16 y el 30 por ciento del PIB de los Estados miembros de la UE, esto no ha significado inmovilismo, sino que las políticas de los estados del bienestar europeos avanzados han experimentado una profunda transformación. De hecho, lo que pone de manifiesto el análisis de las reformas es que desde 1990 se hizo evidente que los estados del bienestar más activos, universales y orientados a servicios estaban en una posición más fuerte que los más pasivos, selectivos y basados en transferencias monetarias, para afrontar las diversas vicisitudes que atravesaban desde entonces.

2.3.3. La doble crisis del Estado del Bienestar: ¿Una nueva Edad de Bronce?

No cabe duda que la mutante crisis actual, aunque fuera financiera en su origen, está afectando de forma muy intensa a los estados del bienestar de todo el mundo, Europa incluida, y de forma especial a algunos países del sur de Europa. Esta situación se suma al conjunto de reformas impulsadas por la necesidad de adaptarse a los cambios del entorno y los desajustes fiscales en una etapa donde la cultura de la estabilidad presupuestaria está muy asentada.

Taylor-Gooby (2013) habla de doble crisis como acumulación del impacto de la crisis financiera y las presiones a largo plazo de la internacionalización económica, el cambio familiar y de los roles de género, y una demografía adversa que pesa sobre el futuro del Estado del Bienestar. Es decir a la crisis que se venía incubando por los cambios económicos y sociales se ha añadido la crisis de origen financiero. Esto lleva a Moreno (2013) a plantearse si como apuntan algunas perspectivas indican el Estado del Bienestar ha entrado una trayectoria irreversible de declive o entramos en una nueva Edad de Bronce capaz de mantener el nivel de bienestar europeo.

La respuesta a esta cuestión no estriba en sí o no el Estado del Bienestar sino qué Estado. Desde luego el grueso de los recortes se ha centrado en el gasto social, pero aunque tocadas las señas de identidad de Bienestar en se mantiene en pie. En una economía de servicios basada en el conocimiento, el acceso al estilo de vida la clase media depende críticamente de las familia donde hay doble ingreso, lo que genera presiones adicionales para el cuidado de los niños, CLD, ingresos de apoyo a las familias y políticas de conciliar la vida familiar y laboral, en especial de las de las familias monoparentales (Taylor-Gooby ,2013)

Los próximos años serán notablemente diferentes de las últimas dos décadas, pues sobre la necesidad, y la utilidad, de mantener los Estados del Bienestar y orientar su transformación en un elemento activo capaz afrontar la situación económica y social siendo más un motor que un remolque, pesa un corto plazo dominado por la exigencia del equilibrio en las cuentas públicas, de forma que todo lo cubre una marea de la preventiva de austeridad. Pero las tendencias sociales fundamentales que ya impulsaron antes las reformas siguen ahí, la necesidad de consolidar un nuevo paradigma del estado el Bienestar que anude economía y bienestar, sigue siendo tan importante, sino más, hoy como hace diez años (Vandenbroucke et al., 2011). La reforma, no una retirada, sigue siendo muy importante hoy en día, pues una demografía adversa, el cambio socioeconómico, menos personas activas para sostener cada vez más dependientes hacen imposible una baja participación en el mercado laboral, que solo puede impulsar un Estado del Bienestar capaz de dar respuestas estos retos (Hemerijck et alia., 2013)

2.4. El nuevo contexto para el Estado del Bienestar: nuevos riesgos sociales y nuevos enfoques

El proceso de reforma que ha registrado el Estado del Bienestar ha sido el resultado de la necesidad de adaptarse a un contexto muy diferente al de sus años dorados. Ni el modelo económico, ni las corrientes ideológicas, ni la sociedad, ni la familia, ni el rol de la mujer y del hombre son similares. La crisis de los años setenta y el cambio de

paradigma ideológico dominante, indujeron un cambio económico que, como apunta Sotelo (2010, 407), modificó el panorama y socavó las bases y los consensos que propiciaron el crecimiento y consolidación de los estados del bienestar, generando un contexto tecnológico, económico, político e ideológico en el que el trabajo como factor de producción, otorgador de identidad y articulador de sujetos, pierde peso (el empleo remunerado) y, como vimos, este era el eje a través del que se articulaba el sistema de protección. Repasar estos cambios y dimensionar su influencia en la reforma del bienestar es básico para entender la dirección, elementos y principios que lo están conformando.

2.4.1. El contexto del Estado del Bienestar en el nuevo siglo: globalización y cambio social

Para entender la reforma contemporánea del Estado del Bienestar, como señalan Hemerijck et alia (2013, 4), hay que comenzar por conocer los cambios más importantes en el entorno de la política en los últimos treinta años. Desde la década de 1980, varias tendencias han alterado de manera fundamental el entorno económico, social y político de los estados del bienestar europeos²⁰. Siguiendo a estos autores podemos concretar los cambios en cuatro ámbitos.

La acelerada internacionalización económica: la globalización

Más que el hecho de la interdependencia internacional, hablar de globalización implica poner el énfasis en la intensidad que ésta ha alcanzado en el ámbito económico, pero también en el político, organizativo, social, cultural y legal (Held, 1991, 206). Como señala Mishra (1999), la globalización ha hecho que los estados del bienestar nacionales no sean sistemas cerrados, quedando limitada la capacidad de los

20 El análisis se refiere al caso europeo, por eso parece un esquema de análisis adecuado, aunque gran parte de sus conclusiones, salvo las referidas a la integración europea lógicamente, son en gran medida extrapolables al conjunto de estados del bienestar, especialmente a los países de la OCDE. Es precisamente la referencia al gobierno supranacional uno de los elementos más relevantes en el marco de este trabajo, pues incorpora un ámbito de decisión y de influencia que es necesario considerar en la transformación del Estado del Bienestar y de los Cuidados de Larga Duración.

gobiernos nacionales para conseguir el pleno empleo y el crecimiento económico, combatir el aumento de la desigualdad en salarios y condiciones de trabajo, y mantener los sistemas de protección. En otras palabras, la globalización condiciona la capacidad redistributiva de los estados del bienestar nacionales.

Hemerijck et alia (2013) señalan cinco factores que inciden en esta pérdida de capacidad de maniobra de los estados del bienestar en las últimas décadas:

1. La competencia comercial, ya que la globalización de los intercambios comerciales ha desplazado las actividades económicas y deslocalizando actividades industriales, lo que supone una presión para mantener la capacidad competitiva a partir de la reducción de costes, entre ellos, los sociales principalmente.
2. La desregulación de las finanzas, que favorece los desequilibrios del comercio y los desequilibrios macroeconómicos.
3. El sesgo de austeridad en la política macroeconómica pues, como mantiene Mishra (1999), la liberalización y la desregulación han reforzado significativamente el apoyo a la consolidación del equilibrio fiscal, lo que estrecha el margen de maniobra de los gobiernos en materia de gastos.
4. La competencia fiscal, que puede provocar dificultades para la financiación del Estado del Bienestar por miedo a ahuyentar a los contribuyentes.
5. La lógica política de la globalización, concepto acuñado por Swank (2002), que pone el acento en que la integración financiera internacional ha fortalecido el poder político y social del capital por la amenaza que supone la movilidad internacional.

Mercados trabajo postindustriales, la familia y cambio de rol de género

El segundo de los ámbitos a los que se refieren Hemerijck et alia (2013) tiene que ver con los cambios en el mercado de trabajo: la desestandarización de las relaciones laborales, la precariedad, la incorporación de la mujer y el riesgo de obsolescencia.

Como consecuencia de ello, se han producido importantes transformaciones sociales tales como la disminución de las tasas de natalidad, el cambio de los roles de género en las familias, la reducción del tamaño de las familias y el incremento de las monoparentales. Navarro (2004) incide en que la incorporación de la mujer al trabajo es el principal factor de cambio en la familia, pero también identifica los cambios en el ciclo vital de las personas, con un retraso en la incorporación al mercado laboral y la reducción del tiempo de trabajo,.

En este proceso hay que destacar por su importancia lo que Esping-Andersen (2009) denomina *revolución incompleta*, o Moreno (2003) llama *supermujeres* en el régimen de bienestar Mediterráneo, un acelerado cambio de rol de la mujer prácticamente en una sola generación. De ama casa a trabajadora, y a compaginar ambos roles ante el lento avance de la corresponsabilidad masculina. El resultado es que los lazos familiares tienden a debilitarse dando lugar a los matrimonios más tardíos y menos oficiales, con altas tasas de divorcio, fertilidad más baja, familias más pequeñas con un aumento significativo de las monoparentales. Esto sitúa a los sistemas de bienestar, como veremos más adelante, ante unas necesidades que, desde luego, no es capaz de responder un Estado del Bienestar diseñado a medida del varón trabajador con empleo fijo.

El cambio demográfico: envejecimiento, pensiones y Cuidados de Larga Duración

Como hemos visto, la capacidad de dar respuesta a los cambios por parte de los estados del bienestar está muy limitada por los compromisos de política social heredados del pasado (Hemerijck et alia, 2013). Hay que tener en cuenta que la mayoría del gasto social puede considerarse como un coste hundido, como en el caso de las pensiones, lo que reduce el margen de maniobra para responder a nuevas necesidades, sobre todo cuando existen grandes dificultades para aumentar la base fiscal y prevalece la obsesión por el equilibrio presupuestario.

Esta problemática es particularmente apremiante debido al rápido envejecimiento de la población. La caída de las tasas de natalidad y el aumento de la esperanza de vida

han dado lugar a un cambio fundamental en la estructura demográfica europea. El envejecimiento de la población es un desafío para las finanzas públicas no solo por las pensiones o el incremento de los gastos sanitarios sino porque, como veremos en el capítulo siguiente, el gasto en Cuidados de Larga Duración va a crecer de forma exponencial, fruto de los cambios demográficos y sociales descritos.

La integración Europea

La UE ha entrado en una era en la que los estados del bienestar son semisoberanos, pues aunque las decisiones sustantivas de la política social siguen siendo, en gran medida, competencia nacional, en los últimos años, la Unión Europea se ha convertido en una fuerza importante en cuestiones de trabajo y el bienestar, de tal forma que los estados del bienestar nacionales están hoy integrados en un complejo sistema de gobernanza multinivel de la política social y económica a nivel de la UE (Hemerijck et alia, 2013).

A pesar de que el objetivo de crear una *economía social de mercado* que estuvo desde el principio en el proceso de integración -ahora anclado en el Tratado de Lisboa-, con una clara apuesta por una alta tasa de empleo, protección social universal y una política eficaz contra la pobreza, cuando se acordaron las reglas para el mercado único no se recogió la necesidad de establecer una política social supranacional. El predominio de las cuestiones económicas, las dificultades para aunar voluntades y la fortaleza de la cultura de la austeridad, generaron una asimetría entre lo social y lo económico-financiero a favor de esto último, lo que dificulta dar pasos coordinados en el ámbito de la política social y el bienestar.

2.4.2. Nuevos y viejos riesgos sociales

La ciudadanía y las sociedades se enfrentan a riesgos que no existían cuando el Estado del Bienestar se consolidó durante su *Edad de Oro*. Los *nuevos riesgos sociales* (Beck, U, 2002; Esping-Andersen, 2000; Jenson, y Saint Martin, 2006; Taylor-Gooby, 2004b,

2013; Bonoli, 2007; Nikolai, 2012), por contraposición a aquellos *viejos riesgos sociales* existentes en las sociedades de la posguerra que estaban basadas en estructuras familiares estables y una clara división del trabajo entre el hombre y la mujer, son resultado de cambios demográficos, económicos, sociales y del mercado de trabajo en la transición a hacia la economía y la sociedad postindustrial (Bonoli, 2007): la desindustrialización, la terciarización del empleo, la entrada masiva de las mujeres a la fuerza laboral, el aumento de la inestabilidad de las estructuras familiares y la desestandarización de la forma de trabajo (Mulas-Granados, 2010).

Esta nueva realidad supone que estar integrado en el mercado laboral ya no es la base de la cobertura del sistema de protección, ni siquiera de una arquitectura económica y social. No garantiza un salario digno ni tampoco una cobertura adecuada a las necesidades en el marco de un sistema de bienestar que se muestra mal adaptado para proteger vidas laborales más móviles y unas necesidades generadas por el cambio social.

Dificultades de acceso al mercado de trabajo, por abandono escolar temprano y falta de cualificación, inestabilidad laboral, condiciones laborales y salariales que ya no garantizan salir de la pobreza; problemas y necesidades de reconversión y su secuela en términos de desempleo a largo plazo, situaciones que como señala Taylor-Gooby (2013, 113) son fuerzas que ensanchan el heterogéneo grupo denominado *precariado*; una mayor inestabilidad familiar y el crecimiento de las familias monoparentales; la fragilidad de la tercera edad; el problema de la conciliación de la vida familiar y atención a la familia, generado por unas mujeres incorporadas al mercado laboral que desean, y necesitan dado el modelo imperante de doble ingreso familiar como requisito para acceder a clase media, no estar condicionadas por la carga de cuidar a personas dependientes que les haga convertirse en *supermujeres*, son nuevos riesgos que el estado del Bienestar tiene que afrontar (Esping-Andersen et al., 2002; Esping-Andersen y Palier, 2010, Armingeon y Bonoli, 2006; Bonoli, 2007; Moreno, 2003).

Como señalan Esping-Andersen y Palier (2010), la mayoría de estos nuevos riesgos lo son porque las políticas tradicionales del bienestar no consiguen darles respuestas y

empujan a las administraciones públicas a diseñar políticas o a asumir tareas adicionales que, casi siempre, implican nuevas áreas de gasto.

2.4.3. ¿Hacia dónde los cambios en el estado del bienestar?

A partir de estas nuevas necesidades y riesgos para los cuales el tradicional Estado del Bienestar probablemente no esté preparado, ¿qué nueva orientación estratégica debe desarrollarse? Moreno (2010, 32,33) señala que, de alguna forma, los estados del bienestar ya han iniciado un camino. Haciendo un repaso de las reformas de los regímenes de bienestar europeos, incluido el Mediterráneo, extrae tres conclusiones principales:

- La aplicación del principio de activación, aunque con diferencias en sus intervenciones y políticas.
- La gestión de las políticas sociales ha experimentado un cierto grado de desregulación y de articulación combinada de prestaciones con el sector lucrativo y el Tercer Sector. Ello ha ido acompasado con la tendencia generalizada en todos los regímenes del bienestar europeos hacia la remercantilización de los derechos sociales con un trasvase de la responsabilidad de la provisión pública del bienestar a los propios individuos.
- Los nuevos programas, conocidos como de *inversión social*, que analizaremos en el epígrafe siguiente, han procurado dar respuesta a la cobertura de los denominados *nuevos riesgos sociales*, con la protección a colectivos más vulnerables como niños, ancianos, madres y padres solos con cargas familiares, o pobres y excluidos.

De alguna forma, los estados del bienestar hacen frente a estos nuevos riesgos sociales. En este sentido, Nikolai (2012) señala tres mecanismos fundamentales para hacerles frente: activación, individualización e inversión en capital humano en el transcurso de la vida. Esta es la misma línea de Esping-Andersen y Palier (2010), que sobre todo insisten en la igualdad del capital humano y la política familiar: la estrategia

futura debería superar las políticas sociales reparadoras y compensatorias por una estrategia preventiva y preparadora. Se trataría de pasar de un Estado del Bienestar pasivo esencialmente *enfermero*, a un estado del bienestar activo fundamentalmente *inversor*, lo que requiere dejar de concebir “las políticas sociales.... como un gasto (coste) que interviene en el crecimiento económico (coste) y pasan a ser vistas como un factor de riquezas futuras” (Esping-Andersen y Palier, 2010,14-15). Esto pasa por tres ejes:

- Incentivar que la mujer se incorpore al mercado laboral y que su vida no paralice su trayectoria laboral: si la mujer trabaja, no puede dedicar el mismo tiempo a las labores domésticas y al cuidado de menores y mayores. En el ámbito doméstico, el hombre debe adaptarse a esta situación y asumir más relevancia en el reparto de las funciones ligadas al hogar para facilitar la crianza de los menores y el cuidado de los mayores; en el ámbito público la incentivación de la política familiar debe ser un sostén de la protección social.
- En segundo lugar, se deberán replantear los sistemas de protección para la tercera edad y superar el modelo *familiarista* de cuidados, apostando por nuevo sistema de Cuidados de Larga Duración que no constriña la igualdad de oportunidades de la mujer y sea capaz de hacer frente al salto cuantitativo de necesidades. Es evidente que si en su origen los Cuidados de Larga Duración no constituían ni una preocupación ni un elemento fundamental del Estado del Bienestar, los sistemas del futuro tendrán en ellos una de sus claves, por ser un factor de supervivencia de los regímenes de bienestar.
- El capital humano es un elemento esencial en relación a la infancia al objeto de preservar y asegurar la igualdad de oportunidades y la productividad. Esto demanda una política familiar explícita, pues no cabe plantear una política de protección a la infancia alejada de la familia y de la mujer.

2.4.4. El nuevo eje de los estados del bienestar: la activación

Una de las nuevas ideas que ha afectado a la conceptualización del Estado del Bienestar surge de la consideración de que las políticas sociales deberían pasar de un planteamiento pasivo a uno activo, más preparador que reparador. Esta evolución tiene su primera expresión en la idea de la *activación*, que ha ido provocando un cambio en el enfoque de las políticas sociales. Un planteamiento que, si bien estaba inicialmente vinculado al desempleo y la inserción laboral de los sujetos junto a programas de garantía de rentas, se ha extendido al conjunto de políticas que configuran el Estado del Bienestar, dando lugar a la evolución de nuevos enfoques e, incluso, a que se empiece hablar de nuevos paradigmas.

En el origen de este planteamiento están los problemas que se generan como consecuencia de la ruptura del paradigma keynesiano. Un sistema basado en el hombre trabajador, sostén del hogar, con un esquema de protección social basado en la cobertura de sus riesgos, singularmente el desempleo, se resquebraja cuando esta situación no es excepcional.

La quiebra de este modelo y el ascenso de los postulados neoliberales provocan que, desde distintas posiciones e intereses, se plantee la necesidad de propiciar alternativas, con la clara motivación inicial, a partir de los años ochenta, de la búsqueda de una reducción de los gastos asociados a la protección del desempleo y a combatir la pobreza y la exclusión.

El concepto de *activación* se ubica en el conjunto de políticas, medidas e instrumentos orientados a integrar en el mercado de trabajo a las personas desempleadas perceptoras de prestaciones económicas y a mejorar sus niveles de integración social y económica (Moreira, 2008). Tiene mucho que ver, por tanto, con la consideración del empleo remunerado como vehículo de acceso a los derechos sociales o de ciudadanía. Es decir, se va imponiendo la idea de que el apoyo pasivo de las políticas basadas en prestaciones de baja condicionalidad deben ser sustituidas por otras orientadas a incentivar el empleo y la responsabilidad individual (Gilbert, 2004) y se crea una

corriente que insiste en el empleo y la individualización, las conductas y la reciprocidad.

Si en el origen de este enfoque de la activación tuvo mucho que ver la ola neoliberal de los años ochenta, la influencia de la Tercera Vía de Giddens (1999), lo que algunos autores como Mahon (2102) han denominado *“liberalismo inclusivo”*, amplió el espectro de este enfoque. La incorporación de este concepto a los postulados de los principales organismos internacionales permitió el salto de este enfoque al conjunto de las políticas sociales. Así, comenzó a consagrarse la diferenciación entre políticas sociales pasivas y activas.

La influencia que en este sentido tuvo la OCDE es innegable, como receptora de las críticas neoliberales primero y como impulsora de un cuerpo más elaborado después. El viraje de la organización es reconocible en el influyente documento *New Orientations for Social Policy* (OECD, 1994), documento preparado para la reunión de Ministros de Trabajo de 1994. Como señala Mahon (2012, 5), este documento “esbozó una agenda para la modernización de la política social que buscaba romper con el énfasis de la era de la posguerra en la protección y en su lugar promover el desarrollo del potencial de los ciudadanos a participar en la emergente, y cada vez más globalizada, “economía del conocimiento”. Aun cuando asumía la mayoría de los postulados neoliberales, especialmente las limitaciones presupuestarias para hacer frente al coste del Estado del Bienestar, también incorporó la influencia socialdemócrata reconociendo la importancia de los sistemas de protección social. Es decir, su planteamiento apuntaba que “los gobiernos ya no pueden ser considerados como proveedores de generosidad, pero en cambio, si como socios que posibilitan y permiten a las personas tomar iniciativas por su cuenta riesgo y ejercer un mayor control sobre las circunstancias de sus vidas “(OCDE 1994: 11). Pero también que “los sistemas de protección contra determinados riesgos son importantes para el funcionamiento de la economía, sobre todo porque dan a las personas la seguridad necesaria para que afronten iniciativas económicas que presentan riesgos. Desde una

perspectiva más amplia, proporcionan la estabilidad política y social necesaria para los ajustes estructurales a la economía "(OECD 1994: 12).

Así planteado, abre una nueva perspectiva, ya que entiende que la activación no debe realizarse a costa de la política social, eso sí condicionada a un diseño acorde con la idea de activar, incluso con un reconocimiento explícito de la necesidad de apoyar a los más desfavorecidos. La incorporación de una cierta perspectiva de género, reconociendo la nueva situación de la familia, la incorporación de la mujer al mercado trabajo y los problemas de conciliación de la vida familiar y laboral, abre el camino para la apertura de los nuevos enfoques que se están construyendo y a nuevos planteamientos sobre el papel y orientación del Estado del Bienestar, que centran el debate, y la implementación política, en estos primeros años de siglo XXI.

A partir de aquí los diferentes regímenes y enfoques políticos han ido impulsando no solo diferentes modelos de activación, sino políticas sociales activas y modelos de complementariedad/sustitución entre ambas, que han oscilado entre el enfoque del *Workfare* de origen anglosajón y el *Welfare*, más vinculado a la tradición continental e influenciado por los modelos nórdicos de Estado del Bienestar. Si el primero está basado en la responsabilidad individual y persigue acabar con la dependencia de las ayudas con una orientación restringida, el segundo se apoya en el concepto de exclusión social y en la responsabilidad colectiva para su superación, con una clara vocación mayoritaria (ver cuadro 2.1).

A partir de estos enfoques se han desarrollado distintos modelos sobre la base de combinaciones diferentes de activación y asistencia. Su creciente extensión al conjunto de la política social ha terminado por impregnar el debate sobre el carácter activo o pasivo de los diferentes modelos de bienestar, la instrumentación de las políticas sociales, y la relación de las políticas activas con los elementos pasivos del sistema de protección.

Cuadro 2.1. Enfoques de activación: Diferencias entre los enfoques del Workfare y del Welfare

Criterios	Workfare	Welfare
Motivación	Recortar el gasto social. Acabar con la dependencia de las prestaciones asistenciales.	Favorecer el acceso al mercado de los colectivos que se encuentran al margen. Mejorar su participación social.
Responsabilidad de la situación de exclusión	Individual	Colectiva
Alcance	Personas en programas de asistencia y trabajadores Pobres	Conjunto de la población activa o a grandes grupos prioritarios :desempleados de larga duración, jóvenes y colectivos desfavorecidos
Horizonte Temporal	Corto Plazo	Medio y largo Plazo
Estrategia	Orientada a Incentivar el acceso al empleo, disuadir de la vida en la asistencia y favorecer la rápida vuelta al empleo: con fórmulas del tipo impuesto negativo y programas de inserción.	Se asume que no todo el mundo es empleable. •Oportunidades de empleo público •Orientadas mejorar el capital humano: mejora de las capacidades con recursos formativos y dispositivos de orientación.

Fuente: Arriba y Pérez, B (2007)

La evolución hacia modelos que contengan un enfoque activo ha encontrado un factor de aceleración e intensificación en la crisis iniciada en 2008, provocando una intensa corriente investigadora, un profundo debate académico y la búsqueda de fórmulas de aplicación.

Taylor-Gooby (2013) habla de doble crisis como acumulación del impacto de la crisis financiera y las presiones a largo plazo de la internacionalización económica, el cambio familiar y de los roles de género y una demografía adversa que pesa sobre el futuro del Estado del Bienestar. Es decir, a la crisis que se venía incubando por los cambios económicos y sociales se ha añadido la crisis de origen financiero. Esto lleva a Moreno (2013) a plantearse si, como apuntan algunas perspectivas, el Estado del Bienestar ha entrado en una trayectoria irreversible de declive o si, por el contrario, entramos en una nueva *Edad de Bronce* capaz de mantener el nivel de bienestar europeo.

En este contexto no se cuestiona la existencia del Estado del Bienestar sino que se discute sobre qué tipo de estado se debe preservar. Desde luego, el grueso de los

recortes se ha centrado en el gasto social, pero aunque tocadas, las señas de identidad se mantienen en pie. En una economía de servicios basada en el conocimiento, el acceso al estilo de vida de la clase media depende de las familias de doble ingreso, lo que genera presiones adicionales para el cuidado de los niños, los Cuidados de Larga Duración, los ingresos de apoyo a las familias y las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral, en especial de las familias monoparentales (Taylor-Gooby ,2013).

Los próximos años serán notablemente diferentes de las últimas dos décadas pues, independientemente de la necesidad y la utilidad de mantener los estados del bienestar a corto plazo, es predominante la exigencia del equilibrio en las cuentas públicas.

Aunque las tendencias sociales fundamentales que ya impulsaron antes, las reformas siguen ahí, y la necesidad de consolidar un nuevo paradigma del Estado del Bienestar que vincule economía y bienestar es más acuciante hoy que hace diez años (Vandenbroucke et al., 2011). La reforma sigue siendo relevante, pues la demografía adversa, el cambio socioeconómico y la reducción en el número de personas activas en relación al número de dependientes, solo puede ser revertido por un intervención decidida del Estado ante estos retos (Hemerijck et alia, 2013).

Como acertadamente resumen Guillén, González y Luque (2014, 103), la cuestión se resume *“en tres cifras, detrás de las cuales probablemente se encuentren las dos grandes preguntas acerca del futuro de la especificidad de Europa en materia social: ¿Puede la Unión Europea mantener un 50% del gasto social global, con una participación del 25% en el PIB mundial y con una población que solamente alcanza el 7%? ¿Podrá, además, seguir haciéndolo si las presiones sobre el gasto social se ven incrementadas en los próximos años como resultado del envejecimiento de la población mientras que los otros dos indicadores, en un reverso de la misma moneda, se encuentran en retroceso?”*.

2.5 El Nuevo paradigma emergente: el Estado de Inversión Social

El análisis de los epígrafes anteriores ha puesto de manifiesto cómo los cambios de contexto y la toma de conciencia de los nuevos riesgos sociales está provocando alteraciones en los fundamentos, orientación y prioridades de los estados del bienestar. En este sentido, se observa la gestación de un nuevo paradigma del Estado del Bienestar (Morel, Palier y Palme, 2012b; 2015; Cantillon y Van Lancker, 2013; Nolan, 2013).

Una nueva corriente, se está consolidando bajo diferentes denominaciones: *Bienestar Social Positivo* (Giddens, 1999) *Nuevo Estado del Bienestar* (Pierson, 2001; Esping-Andersen et alia, 2002; Taylor-Gooby 2004b; Taylor-Gooby et alia, 2015), *Estado del Bienestar Productivo* (Hudson y Kühner, 2009), *Estado del Bienestar Activo* (Van Berkel et alia, 2011), *Estado dinamizador* (Mulas-Granados, 2010), o desde el ámbito de los estudios sobre desarrollo económico *Crecimiento Inclusivo* (Brunori y O'Reilly, 2010, Hasmad 2015 b; Johnson, 2014, Midgley 2013).

No obstante, el término más asentado, y en el que de alguna forma la literatura está convergiendo a partir de los trabajos de Morel, Palier y Palme es el *Estado de Inversión Social* (EIS) (Morel, Palier y Palme, 2012a, 2012b, 2013, 2015; Antonucci, 2011; Bonoli 2012; Cantillon, 2011; Hemerijck 2012a; Jenson 2012; Mahon, 2012; Nolan, 2012; Saint-Martin, 2004; Vandenbroucke y Vleminckx, 2011)²¹.

Siguiendo a Morel, Palier y Palme (2012a, 2012b, 2013, 2015), referentes principales de este enfoque a raíz de la publicación del libro *Towards a Social Investment State? Ideas, Policies and Challenges* (Morel, Palier y Palme, 2012c), se describen a continuación los principales elementos que conforman la arquitectura de este nuevo enfoque.

²¹ De hecho, lo que se está produciendo es una convergencia de tradiciones de investigación, enfoques y prácticas políticas, e incluso de escala de trabajo, como consecuencia de una aproximación en problemas y soluciones. Al norte han llegado los problemas del sur, y el sur empieza a aplicar las soluciones del norte, lo que se manifiesta en la coincidencia en que la política social y la económica no se pueden separar, que no cabe avance económico sin el social, es decir que no existe una relación secuencial sino simultaneidad. Puede consultarse Midgley (2013) y Johnson (2014) para ampliar sobre este proceso.

2.5.1. El enfoque de la inversión social: origen y concepto

Los primeros orígenes de la *inversión social* se remontan a los albores del Estado del Bienestar sueco socialdemócrata. En el contexto de la Gran Depresión y de una crisis severa de la fertilidad, Alva y Gunnar Myrdal desarrollaron un nuevo esquema de la política social orientada a la organización eficiente de la producción y la reproducción sobre la base de una concepción inversora.

Su idea básica era que sin una población saludable y educada la productividad de la economía no se podía sostener. De esta forma, la política social no servía simplemente a la redistribución y la seguridad de los individuos, sino que se convertía en un medio para la eficiente organización de la producción. Por eso, como recoge Andersson (2005, 3-4), se le llamó *política social productiva*, en la medida que se defienden los derechos sociales por sus efectos sobre la eficiencia económica.

El Estado del Bienestar keynesiano abandonó esta perspectiva productivista. En su recuperación influyó, por un lado, el que este enfoque comenzara un lento camino de aplicación en distintos países en vías de desarrollo de América y Asia a raíz del informe sobre estrategia de desarrollo encargado por la ONU (UNDESA,1971), a un equipo coordinado por Myrdal en el que volvía a insistir en el papel de la política social en el crecimiento económico. Otros autores como Midgley (1984, 1995, 1999), volcados también el ámbito del desarrollo del tercer y cuarto mundo, jugaron el papel importante de la difusión de la relación entre crecimiento económico y desarrollo social, y en la necesidad de vincular o considerar de forma integradora ambas políticas.

De la experiencia de algunos países en desarrollo y de su incorporación como orientación a la actividad de organismos internacionales como la OCDE saltó en la década de los noventa a Europa y al mundo occidental en general (Jenson y San Martin 2003). Su difusión se vio favorecida por su utilización crítica al neoliberalismo, aunque como señalan Morel, Palier y Palme, (2013a, 6) también, en cierto modo, se basan en la crítica neoliberal del Estado del Bienestar de la posguerra tradicional.

En este sentido, también pueden vincularse al origen de la *inversión social* las ideas de Giddens (1999), ya que introduce este concepto desde un plano normativo para dar una nueva orientación a la actuación de los estados del bienestar. Su idea era crear una alianza en la asignación de la función de bienestar de las familias, los mercados y los estados, con un reequilibrio en la cobertura entre ellos, de forma que se logre un empuje hacia modernización para la mejora de la competitividad económica y el bienestar social. Es decir, insiste en la necesidad de cambiar de enfoque sobre los principales riesgos a los que Estado del Bienestar tiene que hacer frente, haciendo más énfasis en la responsabilidad individual. De hecho, Giddens (1999, 1) no plantea una ruptura radical con el enfoque neoliberal y el proceso de liberalización que ha conducido a la globalización, sino que piensa que el cambio en el orden global se puede gestionar para producir la solidaridad social y la prosperidad.

De esta manera, como señalan Jenson y Saint-Martin (2003, 82- 83), la idea de utilizar los medios del Estado del Bienestar con el fin de promover el crecimiento económico, aunque no era nueva en el siglo XX, se fue asentando como un enfoque predominante sustituyendo al paradigma de la seguridad social heredado de los años sesenta. Esto supone el reconocimiento de que el gasto social no deber ser solo un consumo para satisfacer las necesidades actuales, sino una inversión que dará sus frutos. Estamos hablando de un cambio desde la igualdad de resultados a la igualdad de oportunidades, que implica la distribución y redistribución de oportunidades y capacidades.

De este modo, la *inversión social* supone un Estado del Bienestar que sustituye su enfoque estático por una perspectiva dinámica y preventiva, que afronte los problemas sociales en términos de trayectoria vital. El paso de un Estado del Bienestar enfermero a uno inversor, activo en vez de reactivo (Esping-Andersen y Palier, 2010).

Aunque ya en la formulación de la Estrategia de Lisboa están presentes las ideas del Estado de Inversión Social, el informe de Fouarge (2003) fue el que dio impulso definitivo a la consideración de la política social como un factor productivo en la Unión Europea, y permitió su generalización e incorporación como criterio orientativo para

los programas comunitarios. De esta manera, la Comisión Europea asume el carácter de inversión de las políticas sociales que “*además de efectos inmediatos, también tienen repercusiones duraderas, pues ofrecen rendimientos económicos y sociales que se prolongan en el tiempo*” (EC, 2014, 3).

No obstante, a pesar de su generalización, ha persistido el debate sobre este nuevo enfoque ya que todavía no es un concepto asentado. Autores como Craig y Porter (2004), piensan que representa un desarrollo del neoliberalismo, al que se refieren como *Liberalismo Inclusivo*, y destacan los elementos comunes entre aquél y la estrategia de la Tercera Vía del Nuevo Laborismo de los años noventa, basada en la Tercera Vía de Giddens (1999). Sin embargo, Antonucci (2011), reconociendo su ambigüedad teórica, ve precisamente en la influencia de la Tercera Vía un planteamiento más socialdemócrata que liberal. En la misma línea, Jenson (2010) apunta a que el Estado de *Inversión Social* representa una ruptura clara con los supuestos neoliberales.

Perkins, Nelms y Smyth, (2004, 2005) señalan un conjunto de elementos que en cierta forma delimitan este enfoque:

- La integración de lo social y económico. Uno de sus elementos claves es responder a las críticas neoliberales de que el gasto social es un despilfarro y una fuente de la dependencia. En este sentido, aunque la Inversión Social no da prioridad a los objetivos económicos, si hay un relativo consenso en que alcanzarlos proporciona una base necesaria para el gasto social.
- La inversión para la igualdad de oportunidades. El objetivo es ir más allá del papel redistributivo de la política social, mejorando la capacidad de las personas para participar en marco laboral y social, evitando la exclusión o la merma de sus posibilidades de promoción, lo que supone que se nutre del enfoque de las capacidades de Sen (2003).
- Se centra en la participación de la mayoría de los ciudadanos en la fuerza de trabajo con el fin asegurar la cohesión social y la competitividad económica, aunque el objetivo del pleno empleo es sustituido por el de la empleabilidad, lo

que se consigue, como vimos en el epígrafe anterior, mediante la activación del mercado de trabajo y el aprendizaje permanente.

Mahon (2012), en la línea de lo señalado por Perkins, Nelms y Smyth, (2005), en su estudio sobre este concepto en el seno de la OCDE, señala que, a pesar de sus coincidencias con el liberalismo, la Inversión Social es algo más que el Liberalismo Inclusivo, es un proyecto de modernización de las políticas sociales a largo plazo que avanza más en la línea de lo recogido por estos autores, y que se sitúa en la dirección de un enfoque más socialdemócrata²².

Esta orientación es la que se va imponiendo a raíz del trabajo de Morel, Palier y Palme (2012c). Así, la versión socialdemócrata de la Inversión Social como la llama Hemerijck (2013), descansa sobre las políticas que invierten tanto en el desarrollo del capital humano (educación de la primera infancia y el cuidado, la educación y el aprendizaje permanente) como en hacer un uso eficiente de este capital humano (a través de políticas de apoyo a la mujer y el empleo de padres y madres de familias monoparentales, a través de políticas activas del mercado de trabajo), pero que también actúa a través de instituciones específicas de regulación del mercado laboral y de protección social que promueven la flexiseguridad y fomentan una mayor inclusión social (en particular, facilitando el acceso al mercado de trabajo para grupos que tradicionalmente han sido excluidos). Crucial para este nuevo enfoque es la idea de que las políticas sociales deben ser vistas como un factor productivo, esencial para el desarrollo económico y el crecimiento del empleo (Morel, Palier y Palme, 2012b, 2).

2.5.2. Características principales del enfoque de Inversión Social

Siguiendo a Morel Palier y Palme (2013, 8-9) hay tres elementos claves de la política de Inversión social:

²² Ver el cuadro 2.2. que recoge una síntesis de las diferencias entre liberalismo y los enfoques de liberalismo inclusivo y socialdemócrata de la Inversión Social

- La inversión en capital humano es la que mayor consenso recibe entre los defensores de la Inversión Social, en la medida que se nutre de los planteamientos de Gary Becker (1983), el padre de la teoría del capital humano, y otros economistas heterodoxos, como Amartya Sen (2003) y su teoría de las capacidades. Su relación con el crecimiento y el empleo, convierte a esta política en fundamental.
- Las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral. El objetivo es aumentar la oferta de trabajo mediante el apoyo a las mujeres, para fomentar su incorporación al mercado, el desarrollo de sus carreras profesionales, reducir el riesgo de pobreza y aumentar la fecundidad. Siendo así, los cuidados de los niños y de los mayores dependientes adquieren un protagonismo especial. De esta forma los cuidados, y dentro de ellos los Cuidados de Larga Duración, aparecen claramente vinculados a una política de bienestar que persigue el crecimiento económico.
- Las relaciones laborales tienen el objetivo de abordar la cuestión de los patrones de empleo, cada vez más diferenciados a lo largo de la vida, para reducir la probabilidad de quedar atrapado en la inactividad y la dependencia de los sistemas de bienestar. Para ello se busca hacer rentable el trabajo mediante puentes sociales que permitan que las relaciones de empleo no normalizadas se conviertan en escalones para llegar a trayectorias laborales estables.

En la definición de estas políticas hay una serie de características que son definitorias del enfoque de la Inversión Social. En concreto, siguiendo a Morel, Palier y Palme (2012b, 359-366), podemos señalar las siguientes.

La diferenciación con el liberalismo

Solo en la medida en que se logre la separación con el enfoque liberal se conseguirá que se consolide como un nuevo paradigma (ver cuadro 2.2). Para los neoliberales, el desempleo se entiende como un problema de oferta y de incentivos, en el que un exceso de protección del mercado laboral impide la flexibilidad necesaria en la nueva economía (también se argumentaba lo mismo en la vieja economía). Esta política no

ha creado más ni mejor empleo, sino que de hecho ha dado lugar al fenómeno de los trabajadores y trabajadoras pobres. La respuesta, y ahí está la diferencia, para la inversión Social está en la cualificación, no en la desregulación, puesto que el desajuste se produce entre mano de obra con baja cualificación y puestos de trabajo que la requieren alta.

Cuadro 2.2. Principales diferencias entre los enfoques Neoliberal, Liberal Inclusivo y la Alternativa Socialdemócrata del enfoque de Inversión Social.

Enfoques/ Características	NEOLIBERALISMO	Inversión social: VERSIÓN LIBERAL INCLUSIVA	Inversión social: VERSIÓN SOCIALDEMÓCRATA
Fundamentos macroeconómicos	Estabilidad de precios y austeridad fiscal	Estabilidad de precios y restricción fiscal	Podrían ser los principios del informe Stiglitz, Sen y Fitoussi (2008) , aunque falta todavía concreción
Estado del bienestar	Estado de bienestar como una carga: las políticas sociales se limitan a estar dirigidas a los más pobres y a insertarlos en el mercado de trabajo	La inversión social centrada en el capital humano a través de la educación, incluyendo la educación de primera infancia y la formación para todos. Se centra en la equidad durante toda la vida	La inversión social centrada en el capital humano y con protección para todos. Combina centrarse en el futuro con preocupación por la igualdad en el presente
Mercado de trabajo	Mercados de trabajo flexibles; los sindicatos son una barrera a esta flexibilidad	La flexiguridad con un papel a desempeñar por sindicatos y asociaciones corporativas	La flexiguridad, un factor positivo para los sindicatos y las políticas públicas pues pretende crear buenos empleos para todos
Infancia	Las familias son responsables del cuidado de los niños	La inversión pública en el niño como capital humano en desarrollo	El apoyo público para el niño como ciudadano en presente y como capital humano en desarrollo para el futuro
Género	Ciegos de Género	Conscientes del Género	Igualdad de Género

Fuente: Elaboración propia a partir de Mahon (2012).

La Igualdad

La idea de la igualdad no es solo igualdad de oportunidades, también de ingresos. La igualdad puede ser una condición previa para una estrategia de Inversión Social de éxito, requiere recordar los méritos de los programas tradicionales de protección

social y la lucha contra la pobreza, y sugiere que la reducción de la desigualdad de los ingresos debe seguir siendo prioritaria en la agenda de Inversión Social. Otro elemento clave es la igualdad de género: si bien la conciencia de género está en el corazón mismo de la perspectiva de Inversión Social, esto no significa solamente lograr altas tasas de empleo o alcanzar un equilibrio en la maternidad deseada, sino también abordar eficazmente ciertas desigualdades de género persistentes, como la división de cuidado no remunerado y el trabajo doméstico, la brecha salarial de género, la segregación del mercado de trabajo, y el *efecto techo de cristal* para las mujeres. Esto conlleva abordar el diseño de políticas específicas que busquen promover el empleo en las mujeres, la conciliación del trabajo y la vida familiar y el reequilibrio de las obligaciones de cuidado entre hombres y mujeres.

La calidad

Esta implica que no puede perderse de vista en las características del empleo. No se trata de ejecutar políticas activas del mercado de trabajo dirigidas sólo hacia la activación, es decir, a empujar a la gente a aceptar cualquier tipo de trabajo -como en la estrategia neoliberal- sino que deben concebirse como un instrumento de promoción social, no sólo como una manera de aumentar las tasas de empleo a cualquier precio. Si la calidad del empleo se olvida, la activación sólo conduce a cambiar pobres inactivos por activos. Invertir en calidad significa que las inversiones sustanciales se deben hacer para mejorar educación, formación y empleabilidad, así como para mejorar las condiciones de trabajo.

Promoción y protección

La protección debe seguir siendo importante, y es necesario un mayor nivel de inversión. El hecho de que una estrategia de Inversión Social efectiva conlleve aumentar el gasto social en el corto plazo no puede ser ignorado. No sólo por el manto de austeridad que domina las políticas, sino porque no es suficiente con reorientar el

gasto social hacia la activación pues es igualmente relevante que el Estado del Bienestar conserve sus funciones de protección tradicionales.

2.5.3. La Inversión Social paradigma emergente

Un conjunto de trabajos que han visto a la luz en los últimos años, tras el arranque de la crisis económica y del euro, han insistido, bien es cierto que unos con más rotundidad que otros, en el potencial del Estado de Inversión Social como una alternativa al enfoque neoliberal centrado en la reducción del gasto social, generando una nueva política social adaptada a la exigencias de una economía basada en el conocimiento (Morel, Palier, Palme, 2012c.; Hemerijck y Vandenbroucke, 2012; Vandenbroucke et al., 2011; Sipilä, 2008, 2011; Taylor-Gooby, et alia, 2015; Van Kersbergen y Vis 2014).

No obstante, aunque la perspectiva de Inversión Social constituye un extendido conjunto de ideas articuladas, no puede considerarse todavía un paradigma de la política del bienestar a la altura de los anteriores que haya supuesto una ruptura en el sentido de Hall (1993). Aunque hay convergencia en el entendimiento de la naturaleza de los problemas y las vías para afrontarlo, todavía no está del todo claro que este nuevo enfoque haya conseguido generar un consenso sobre el fracaso del neoliberalismo como paradigma económico para hacer frente a la situación económica y social de siglo XXI (Morel, Palier y Palme, 2012a).

Una de las causas por las que no se ha asentado como paradigma, aunque también de su éxito político, es la ambigüedad que provoca el hecho de nutrirse de dos fuentes, una de las cuales, la Tercera Vía de Giddens, comparte mucho con el enfoque neoliberal, frente a la tradición socialdemócrata de origen nórdico que representan Esping-Andersen o Vandenbroucke, por mucho que se esté convirtiendo en mayoritaria (Morel, Palier y Palme, 2012a, 18).

Otra de las razones estriba en el hecho de que carece de un modelo económico con el nivel de consolidación del keynesiano o el neoclásico. Es decir de una Teoría

Económica en toda regla como los dos mencionados. Si el trabajo desarrollado por Stiglitz, Sen, Fitouss, et alia (2009) aporta elementos para avanzar en su construcción, junto con otras ideas como las de desarrollo sostenible, economía del aprendizaje de Lundvall y Lorenz, (2012), o la economía verde, todavía no existe una articulación completa. Además, no hay que olvidar que para consolidarse como paradigma tiene que ser visto no sólo desde una perspectiva académica sino también política, es decir, que permita su aplicación para enfrentar los problemas reales de las sociedades y las economías actuales. Desde luego, sí puede considerarse una plataforma para argumentar el papel crítico que tiene el gasto social en la capacidad productiva y el apuntalamiento el crecimiento económico, como alternativa ideológica a un enfoque de austeridad que solo plantea recortes generalizados de gasto (Morel, Palier y Palme, 2015).

Todo el debate sobre la consistencia conceptual, la aplicación empírica y su aplicación política descansa en la idea de cómo considerar el gasto social, lo que lleva inexorablemente a la cuestión de la relación entre gasto social y economía.

La abundantísima literatura sobre la relación agregada entre gasto social y crecimiento económico es un síntoma de la falta de consenso sobre la dirección de esta relación. Existen resultados contradictorios como señalan Ahn y Kim (2015, 109), quienes critican que el Estado del Bienestar pueda ser entendido por el importe total del gasto social, pues cabe esperar que el impacto del gasto social en la actividad económica dependa del contenido y orientación de las políticas.

La clave reside en si puede considerarse el gasto social como una inversión. Los defensores de la Inversión Social sostienen que la teoría del capital humano aporta una base para considerar que un gasto, como es el social, que pueda influir directamente o indirectamente en la capacidad este capital humano, puede considerarse una inversión. No obstante, la cuestión es difícil por la ausencia de resultados contundentes, entre otras cosas por los problemas asociados a los análisis empíricos.

Como ha señalado Lindh (2012), los problemas empiezan con los métodos de contabilidad. Si se quiere consolidar la idea de que los gastos sociales pueden generar dividendos de largo plazo, tanto para los individuos como para la sociedad en su conjunto, es necesario disponer de un sistema de contabilidad que considere estos gastos como inversiones productivas en lugar de como consumo, lo que necesariamente implica desarrollar un nuevo Sistema de Cuentas Nacionales.

Podemos concluir que, a pesar de los avances, el Estado o Enfoque de Inversión Social no es un paradigma consolidado. Sí es una herramienta para plantear alternativas a lo que prácticamente constituye el pensamiento único del momento, dominado por la austeridad y la desregulación, haciéndolo no desde la equidad sino desde la eficiencia económica. Este es uno de sus grandes méritos pues aporta elementos para superar el histórico conflicto entre eficiencia y equidad.

En todo caso, a pesar de sus limitaciones, las políticas de inversión social diseñadas adecuadamente tienen el potencial para promover la inclusión social, el capital social y la cohesión. Estos son los activos que las sociedades modernas tienen buenas razones en alimentar, con el fin de promover un progreso social sostenible al reconocer la interdependencia de los aspectos económicos, medioambientales, políticos y sociales (Morel, Palier y Palme, 2012b, 374).

2.6. El Estado del Bienestar en España

España ha construido un Estado de Bienestar de tamaño medio, en relación a los Estados de Bienestar de la UE, que podría englobarse dentro del régimen de Bienestar Mediterráneo (Ferrera, 1995). A pesar de que se ha construido, como en todos los países con Estado del Bienestar, como el resultado de la modernización capitalista y la construcción de la democracia política, se trata de un Estado del Bienestar relativamente tardío, fruto, precisamente, del subdesarrollo de la economía española, acompañada de las dificultades para consolidar el Estado liberal en el XIX, y de la alternancia de etapas de democracia y autoritarismo en la reciente historia de España. A pesar del retraso ha pasado por las tres grandes fases de la reforma social: la

asistencial, la seguridad social y el Estado de Bienestar, este último solo se consolidará con el restablecimiento de la democracia tras la dictadura.

2.6.1. Los orígenes del Estado del Bienestar en España

Efectivamente la asimilación de Estado del Bienestar en España y la restauración democrática de los años setenta olvida una amplia trayectoria que obvia un desarrollo imprescindible para entender la situación actual. Al margen de los elementos puramente benéficos presentes en la historia de la España moderna, podemos encontrar un primer antecedente del intento de desarrollar la política social en la Constitución de Cádiz, donde por primera vez se asume una competencia pública en materia social y de Bienestar al atribuir la competencia de la enseñanza y la asistencia sanitaria pública a los ayuntamientos.

Siguiendo los trabajos de Arriba (1999), Espina (2007), Navarro Vicente (2011) y Rodríguez (1989, 1990) podemos sintetizar la evolución de la política de Bienestar hasta la Constitución de 1978, y la consolidación del estado democrático.

Los avances en el siglo XIX

Aunque en España en el siglo XIX, no se dio un desarrollo industrial que indujese a una Reglamentación del mercado laboral similar a la que había hecho surgir las Nuevas Leyes de Pobres (New poors' Laws) en el Reino Unido, sí hubo preocupaciones reformistas por la situación de determinados colectivos y por la instauración de sistemas públicos de asistencia social. Pero la atención a los pobres y la provisión de servicios mantuvieron su orientación benéfica tradicional y casi exclusivamente en manos de la Iglesia Católica (Arriba 1999,97). La historia de la política social del siglo XIX es la de los intentos de aumentar el peso de lo público a costa de la beneficencia privada de origen religioso.

La Ley de beneficencia de 1822 establecía la sustitución de la asistencia caritativa de origen eclesiástico por la beneficencia liberal gestionada por los municipios y provincias, reforma que no pudo ponerse en práctica, por la restauración absolutista, hasta la Ley de beneficencia de 1849, que sin embargo recortaba las atribuciones de los ayuntamientos y reforzaba las competencias provinciales, dando paso a la creación de un sistema piramidal con una Junta General, unas Juntas Provinciales y unas Juntas Municipales. Las desamortizaciones de los bienes eclesiásticos de 1836 y 1844 continuaron esta tendencia de reducción de la presencia religiosa, solo frenada por el concordato de *Concordato de la Santa Sede en 1851* (Arriba, 1999, 98)

A partir de 1881 se producen cambios importantes después de la restauración borbónica y el fortalecimiento de la organización de los trabajadores (Navarro Vicente, 2011). Así, en 1883 por iniciativa del Gobierno de la Restauración se creó la Comisión de Reformas Sociales, CRS. De alguna forma, esta primera iniciativa reconocía algún grado de responsabilidad del Estado en la provisión social. Esta Comisión es contemporánea los primeros esquemas de protección social en Europa (Arriba, 1999). A pesar de ello, la Iglesia católica seguía siendo la protagonista de la beneficencia, con un amplio campo y de libertad de acción.

Los inicios del Siglo XX y la II Republica (1900-1939)

Una vez entrado el siglo XX, es necesario distinguir dos periodos en el desarrollo de la política social: de 1900 a 1939 y de 1939 a 1975, destacando en el primer periodo el esfuerzo, desgraciadamente interrumpido del II República.

En España con el inicio del nuevo siglo encontramos algunas medidas intervencionistas muy básicas, especialmente si las comparamos con los sistemas de seguros que se estaban estableciendo en otros países europeos. Muy significativo fue el papel del Instituto de Reformas Sociales creado en 1903 que, hasta su absorción por el Ministerio de Trabajo en la década de los años veinte, desarrolló una tarea tanto consultiva como de administración activa e impulsó diferentes medidas sobre el

descanso dominical, trabajo de mujeres y niños, jornada de trabajo, seguridad e higiene y remuneraciones (Aleman, 1991).

Así, en estos primeros años del siglo XX, se pueden destacar un conjunto de iniciativas como Ley de descanso dominical (1904), Ley de huelgas (1909) y Ley de regulación del horario laboral (1919), que suponían pasos en la configuración de una acción pública en favor del Bienestar (Navarro Vicente, 2011)

Incluso tras la crisis económica y el movimiento revolucionario de 1917, el gobierno de la Restauración se planteó la creación de un esquema de seguro obligatorio que cubriese tanto Jubilación como enfermedad, desempleo o maternidad, en la línea de lo que estaba ocurriendo en otros países occidentales. Intento que quedara limitado a un seguro obligatorio de jubilación para los obreros de las fábricas, por la oposición tanto de la Iglesia, de la patronal y de los representantes de los intereses de las compañías de seguros y de los médicos.

Además de las iniciativas legislativas, en el inicio del siglo XX se registraron actuaciones relevantes como la organización de la sanidad, a partir de una ley en 1904 que obliga a los ayuntamientos a establecer mejoras higiénicas a las viviendas, medidas de regulación y control de higiene en las escuelas y de los escolares, inspección de alimentos y bebidas y vacunación de la viruela. En el mismo año se crea un Consejo Superior de Protección a la Infancia y en 1908 los seguros sociales son coordinados por el Instituto Nacional de Previsión (INP) (Navarro Vicente, 2011).

La Segunda República, a pesar de su corta duración supuso una etapa de intensos avances en el desarrollo del Bienestar pues significó la introducción de nuevas reformas con la intención de seguir las directrices de otros países en materia de previsión social, sobre todo en dos aspectos: las políticas de mercado laboral- con la legislación de sindicatos, incrementos salariales y reducciones de jornada laboral- y la Ley de creación de una Caja Nacional contra el paro forzoso en 1931, así como la Ley de Paro de 1935. Pretendió dar continuidad y desarrollar los seguros ya existentes (retiro, vejez, maternidad) e introducir otros como la enfermedad, invalidez o muerte,

a la vez que unificarlos en un esquema único, aunque el proyecto no vio la luz y fue definitivamente interrumpido con la guerra. Sin embargo, en cuanto a la beneficencia, a pesar del importante cambio que supuso su paso del Ministerio de Gobernación al de Trabajo, es decir de una organización cuya función era el control a otra de fomento y ordenación, la República no consiguió mejorar la dispersión organizativa ni su función de control social (Arriba 1999).

La Dictadura (1939-1975)

Como hemos visto, el largo período en que se desarrolló el franquismo en España (1939-75) será para los países occidentales la Edad Dorada del Estado del Bienestar (Willensky, 1975; Lewis, 2001; Pierson, 2001). En España, también se inicia, aunque con retraso y grandes limitaciones, fundamentalmente a final de los años 50 y 60, la construcción del Estado del Bienestar español caracterizado por una serie de convergencias y divergencias respecto del modelo de otros estados de bienestar europeos, lo que Rodríguez (1989: 184) denomina “*Estado Autoritario Bienestar*”.

Siguiendo a Arriba (1999, 99-102) podemos distinguir tres etapas durante la dictadura en lo que al desarrollo del Estado del Bienestar se refiere:

Autarquía económica y aislamiento exterior. Esta etapa se corresponde con la etapa más dura de la dictadura con una fuerte represión, pérdida de libertades, depresión económica, hambre y aislamiento exterior. La política social franquista recogió la herencia institucional de fragmentación y complejidad de la provisión social junto con la tradición privada benéfica-caritativa. El sistema de Bienestar en estos años se basa en un sistema contributivo de seguros sociales destinado a los trabajadores dependientes, dominado por la duplicidad, la descoordinación y los problemas de financiación y un gasto público en servicios sociales meramente testimonial. De esta manera, el Instituto Nacional de Previsión Social (INP) responsable del sistema de seguros sociales, incorporó de forma lenta y desordenada diferentes prestaciones: en 1938 se estableció un Subsidio Familiar, en 1939 se creó el Subsidio Obligatorio de Vejez e Invalidez, SOVI; en 1942, el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Todos ellos se

basaban en un sistema de reparto de cotizaciones y tenían una cobertura muy limitada, destinada a trabajadores dependientes con bajos ingresos junto con los seguros sociales obligatorios del INP, y dada su insuficiencia, se restauró de forma complementaria un mutualismo laboral de carácter voluntario. En el caso de la población trabajadora la asistencia y los servicios sociales tuvieron un papel residual, con unos escasos servicios públicos dependientes de la Administración Local.

Desarrollismo tecnócrata. Desde finales de los cincuenta se manifestaba la necesidad de reformar el sistema de protección basado los seguros sociales, que termina materializándose en la Ley la Seguridad Social regulado por la Ley de Bases de 28 de Diciembre de 1963 y su texto articulado de Abril de 1966. Esta ley unificó los diferentes sistemas y programas en una sola institución, es decir con pretensiones universalistas, sustrajo competencias del sector privado, y sustituyó el régimen de capitalización y reparto por fórmulas de reparto simple. No obstante, supuso también la continuidad de las estructuras anteriores: la ocupación como base del sistema, una financiación básicamente contributiva con escasa aportación estatal, y, por lo tanto, escasamente redistributivo. Aunque la reforma sentó las bases para la universalización, consolidó un sistema altamente fragmentado por la multiplicidad de regímenes puesto que con el general para trabajadores por cuenta ajena coexisten distintos regímenes especiales para otras categorías profesionales, y duplicado institucionalmente, ya que mantiene el mutualismo. Esta reforma de la protección social se plasmó también en otras medidas: la instauración del Salario Mínimo Interprofesional en 1963, un sistema de pensiones no contributivas para la tercera edad o un Seguro de Desempleo en 1958. Asimismo, se crearon en 1960 una serie de Fondos o mecanismos de financiación, tales como el Fondo Nacional de Asistencia Social (FNAS o FONAS), financiados con un recargo sobre la las adquisiciones de bienes a título lucrativo, con la función de apoyar a las instituciones de beneficencia y proporciona subvenciones para servicios, así como para ayudar a personas.

Ante la escasez de la pública, la iniciativa privada seguía siendo la protagonista de la asistencia social, especialmente la religiosa y también sufrió cambios importantes. A lo

largo de los años sesenta, la Iglesia Católica recuperó las doctrinas del catolicismo social, que habían desaparecido tras la Guerra Civil, cuyo ejemplo más claro es el caso de Cáritas, cuyos objetivos eran llevar a cabo una actividad según concepciones de la acción social superadoras de la tradicional acción benéfica.

Tardofranquismo. Tras el espectacular desarrollo económico de los años sesenta, las transformaciones socioeconómicas de la sociedad española ocasionaron fuertes exigencias en tomo el sistema de protección social, que presionaban a un régimen necesitado de legitimación social. En 1972, la reforma de la Seguridad Social supuso la introducción de importantes modificaciones en el sistema de previsión social que se había organizado en los años sesenta:

- Intensificación de la función de sustitución mediante el acercamiento de las bases de cotización a los salarios reales;
- Revalorización de las pensiones, ya que se incrementaron las pensiones mínimas y se introdujo un sistema de actualización y revalorización periódica;
- Flexibilización del acceso a la protección en materia de pensiones.

Además se crearon nuevos regímenes especiales (hasta veinte), se amplió su ámbito personal y se perfeccionó su acción protectora, lo que mantuvo e incrementó la fragmentación del sistema. Persistieron las desiguales presiones contributivas que beneficiaron a las capas medias sobre las clases trabajadoras y a las grandes empresas sobre las pequeñas y medianas. Ello que determinó una redistribución negativa dentro del sistema a pesar de las mejoras igualadoras (Cruz, Desdentado y Rodríguez, 1985).

Además, en esta época se crearon algunos servicios sociales complementarios a las prestaciones económicas de la Seguridad Social, aunque de escasa importancia económica, financiados contributivamente y desconectados del resto de la oferta pública. Esta última se mantuvo infradesarrollada, con unos servicios sociales municipales prácticamente inexistentes y el protagonismo de la iglesia. Aunque Diputaciones y Ayuntamientos siguieron siendo responsables del tradicional sistema de beneficencia, en 1974 se creó el Instituto Nacional de Asistencia Social, INAS, con el objeto de reciclar la Beneficencia Pública hacia estilos modernos de acción social,

proceso que tuvo su paso decisivo en 1977, el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social que asumió las competencias del Ministerio de Gobernación en materia de asistencia social, perdiendo en parte el carácter de control social con el que estaba instituida.

Dentro del ámbito educativo también hubo cambios relevantes, tales como la Ley General de Educación en 1970 a partir del Libro Blanco de la Educación, siendo un esfuerzo para crear un sistema unitario, con una educación obligatoria y gratuita (Navarro Vicente, 2011).

2.6.2. La restauración democrática: modernización y ampliación del Estado del Bienestar

Tal y como se ha puesto de manifiesto, el sistema de protección social que la democracia heredó del franquismo se caracterizaba por un bajo gasto social, sumamente fragmentado, en un régimen general y multitud de regímenes especiales, financiado principalmente mediante las contribuciones de empleadores y trabajadores, regido por el principio de 'mantenimiento de ingresos' de los trabajadores en el momento de abandonar el sistema productivo, y una redistribución negativa que gravaba más a los trabajadores de los estratos más bajos y a las pequeñas y medianas empresas y, sin embargo, beneficiaba a determinadas categorías productivas, en especial trabajadores cualificados y de *“cuello blanco”*. La protección social más allá del sistema contributivo era casi inexistente: reducida cobertura de desempleo, inexistencia de prestaciones económicas asistenciales, insuficientes servicios sociales institucionalmente dispersos, dominio del criterio de beneficencia, orientación al mantenimiento del orden social y subsidiaria de la familia. La Iglesia Católica, fuertemente subvencionada por el estado, monopolizaba gran parte de los servicios de atención sanitaria y educativa (Arriba 1999, 104)

El proceso de transición política vino acompañado de un crecimiento sin precedentes de las demandas sociales, fruto de las propias expectativas que había generado el cambio político, de las necesidades generadas por los cambios sociales y

demográficos, y de la crisis económica, por lo que el crecimiento de los gastos sociales fue sin duda un elemento de legitimación (Arriba, 1999). Así, si bien no puede afirmarse, tal y como se ha señalado en el apartado anterior, que el origen del Estado de Bienestar sea la restauración democrática, si es cierto que en transición comenzó a gestarse un estado democrático del bienestar, pero no se produjo su reforma radical. Este el continuismo institucional es resultado tanto de las inercias del propio sistema y la continuidad de propio aparato burocrático estatal, como del consenso entre diversas fuerzas, el pactismo característico de esa época (Guillén, 1992).

Así, se puede afirmar que mientras en la etapa final de franquismo la política social tenía un carácter instrumental, funcional cuando la democracia se consolidó y durante la transición eminentemente político, como factor de integración política de amplias mayorías de población (Rodríguez, 1997, 114).

La modernización y expansión del Estado del Bienestar español fue en gran medida un logro de los gobiernos del PSOE de Felipe González entre 1982 y 1996 (ver cuadro 2.3, que recoge los pilares del Estado del Bienestar en España), a pesar de que durante estos años, el gasto social fue también contenido por las restricciones impuestas por la política económica requisitos. Se produce así la continuación o universalización de los servicios educativos y sanitarios y prestaciones sociales como pensiones y desempleo, a través de un impulso reformador, acelerado a menudo por conflictos sociales y, a la vez, la aplicación de políticas de contención o racionalización de la intensidad protectora, que han dado lugar a una sistema de protección extensivo, pero escasamente intensivo (Del pino 2013, 197)

De esa forma, como señala Rodríguez (1997, 113) el desarrollo de la política social en la España de la transición estuvo condicionada por tres factores:

- La importancia histórica del Estado autoritario del bienestar construido en el período 1960-1975.
- La especificad de la transición política a la democracia entre 1975 y 1982 (reforma no ruptura).

- La peculiaridad del proceso de modernización capitalista y de reforma social acometido por los diferentes gobiernos socialistas entre 1983 y 1995.

Tal y como señala Rodríguez (1994b, 1456), es posible sintetizar la evolución de Estado del Bienestar en estos años de consolidación y ampliación hasta los primeros años noventa en cuatro procesos de cambio sociopolíticos:

1. Un proceso de universalización de los diferentes servicios o bienes preferentes y prestaciones económicas de carácter desigual, con distintos ritmos de institucionalización, condicionados por la coyuntura económica y política y no plenamente cerrados, como es el caso de la protección por desempleo y el sistema sanitario.
2. Un segundo proceso de contención del gasto social, que se traduce en incrementos que se situaban en general por debajo crecimiento del total del gasto público, aunque algunos años se produzca fuerte crecimiento del gasto social.
3. En tercer lugar, un proceso de descentralización que conlleva el creciente protagonismo de las CC.AA. en la planificación y ejecución de las políticas sociales, reduciéndose la capacidad de las Administraciones centrales.
4. Finalmente, un proceso parcial de privatización del Estado de Bienestar, que se materializa en la expansión de la producción privada de servicios, la mayoría financiados públicamente.

Siguiendo a Rodríguez (1994b), Arriba (1999) y Navarro, Vicente (2014), podemos establecer cuatro etapas en este periodo de ampliación y consolidación del Estado del Bienestar,

1978-1983

En esta primera etapa, son años de reformas organizativas y de crecimiento del gasto social. En los Pactos de la Moncloa de 1977, el Gobierno, la patronal y los sindicatos coincidieron en la necesidad de racionalizar el gasto público. Estos pactos inauguraron

una estrategia de concertación social y económica a tres bandas, importante en la configuración de la política económica general durante los primeros años de la etapa democrática y que después fue perdiendo protagonismo. La principal reforma de este periodo de gobiernos de la UCD fue la reforma tributaria para hacerla progresiva.

En 1978 se introdujeron reformas organizativas para redistribuir las tareas de la Seguridad Social en cuatro institutos: INSALUD (servicio nacional de salud), INSERSO (servicios sociales complementarios de la Seguridad Social para ancianos y minusválidos), INEM (orientado al empleo y a la gestión del desempleo) e INSS (Seguridad Social). Además la financiación se unificó a través de la Oficina de Tesorería (Arriba, 1999,106); momento en el que comienza la descentralización hacia las Comunidades Autónomas. A partir de 1979 los Ayuntamientos y Diputaciones democráticos innovaron también sus tradicionales instituciones benéficas para integrarlas en la oferta de servicios sociales. Asimismo, en 1982 se promulgó la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) que, con orientación hacia la universalización, estableció, entre otras prestaciones, un ingreso mínimo garantizado dirigido a las personas con minusvalías (Arriba, 1999).

1982-1986

En 1982, accedió al gobierno el Partido Socialista Obrero Español, PSOE, con un programa de carácter reformista y una visión expansiva del bienestar, aunque ante las dificultades económicas derivadas del ajuste macroeconómico y la reconversión de la estructura productiva, se supeditó la política social a la política económica (Arriba, 1999, 106). Como señala Vicente Navarro, a pesar de ello, el país comenzó a experimentar claros progresos en el terreno social. De esta forma se produjeron claros avances hacia un Estado del Bienestar de vocación universal. En terrenos como la Educación, con Ley Orgánica del Derecho a la Educación (LODE) de julio de 1985 y la Ley de Reforma Universitaria; y la sanidad, con la Ley General de Sanidad (1986) se dieron claros progresos en su configuración como derechos ciudadanos. En el caso de la sanidad, la prestación del servicio dejó de depender de la cotización de los

trabajadores, creándose un Sistema Nacional de Salud, en el que abrió el paso a la gestión de las Comunidades Autónomas, garantizaba la asistencia sanitaria pública, gratuita, universal.

La reforma de la Seguridad Social, estructuró la protección en tres niveles: básico, de carácter universal, no contributivo, que establezca una pensión mínima en caso, de necesidad probada, ocupacional: seguros obligatorios de carácter contributivo y de reparto, y voluntario establecido mediante capitalización con entidades de seguros y fondos de pensiones. La reforma de la Ley Básica de Empleo en 1984 elevó su cobertura y puso en marcha una protección asistencial para parados con cargas familiares.

Por último en el ámbito de los servicios sociales, Ayuntamientos y Comunidades Autónomas comienzan un proceso de modernización que se aleja de los patrones de la beneficencia, estas últimas partir de la transferencia las competencias del Instituto Nacional de Asistencia Social, que quedó extinguido en 1985, y en algunos casos la gestión de los servicios sociales del INSERSO.

1986 a 1996

Son años en los que se combinaron unas elevadas tasas de crecimiento con la primera gran recesión de la democracia, por lo que conviven políticas económicas y de competitividad con políticas de universalización del Estado de bienestar. En 1990, se aprobaron tanto la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE), con la que se reestructuró la enseñanza secundaria y se universalizó la educación pública gratuita hasta los 16 años, como la reforma de la seguridad social para la creación de pensiones de carácter no contributivo para personas mayores y minusválidas en la Seguridad Social, con el objetivo de sustituir a otras pensiones de tipo asistencial como las del FAS y las derivadas de la LISMI. Además, esta ley introdujo también una prestación familiar por hijos a cargo que supuso un cierto cambio de tendencia en uno

de los grandes déficit de nuestro Estado del Bienestar como es la política de protección a la familia (Arriba, 1999, 106).

Por su parte, las Comunidades Autónomas mediante desarrollo legislativo y transferencia de competencias habían adquirido gran parte de las responsabilidades en el área de la asistencia social y de los servicios sociales, aunque la falta de recursos había retrasado los avances hacia modelos universalistas. En 1988 se puso en marcha el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, un convenio administrativo de cooperación económica y técnica entre la Administración central y las Comunidades Autónomas (salvo la del País Vasco) para el establecimiento a nivel municipal de una red primaria de prestaciones básicas (información y orientación, ayuda a domicilio, alojamientos o albergues y prevención e inserción social), que perseguía garantizar una cobertura mínima para todos los españoles (Arriba, 1999, 106).

Este proceso de universalización tuvo tres lagunas importantes en política social: el elevado porcentaje de desempleo, el cierre de la protección sanitaria y las pensiones no contributivas. El sistema de protección de desempleo exigía continuas reformas y no todas se llevaron a cabo, como la protección a personas en busca del primer empleo y la prestación a los parados de larga duración (sigue siendo un problema en la actualidad).

1996 al 2000

Tras la recesión de 1992, estos fueron años de crecimiento económico que permitieron el ajuste en Seguridad Social. El pacto de Toledo, para el mantenimiento de las pensiones, es el avance más destacado. Se mantiene uno de los grandes déficits del Estado del Bienestar español, el mercado de trabajo, embarcado en continuas reforma de los sistemas de protección y las condiciones laborales. En estos años, también en los primeros del nuevo siglo, el proceso de universalización se hizo más lento y muy volcado a una protección básica, lo que favoreció la progresiva

consolidación del incipiente sector privado y se generase una cierta dualización de la protección en claro perjuicio a las clases más desfavorecidas.

2.6.3. El siglo XXI: entre la recalibración y el retrenchment

La transformación del Estado del Bienestar español desde mediados de la década de 1970 fue espectacular. El peso de la imposición en el PIB del 15% de los años 60 paso a más de un tercio en los primeros a los de este siglo XXI, el gasto social como porcentaje del producto interno bruto (PIB) se duplicó a partir de 1960 hasta superar el 20% (Guillén y León, 2011, 5). Aunque la mayoría de los países de la Unión Europea-15 (UE-15) ha tratado de contener el gasto social durante toda la década de 1980 e incluso reducirlo desde mediados de los noventa, el Estado de bienestar español nunca logró ponerse al día con su gasto los niveles. De hecho, el gasto social en España es uno de los más bajos de la UE. A lo largo de estos primeros años del siglo el Estado del Bienestar español no ha superado, en términos de PPS, los dos tercios del esfuerzo medio de la UE-15 en protección social y mucho menos en funciones como familia y exclusión, lo que incide en la baja efectividad de las políticas de lucha contra la exclusión y la pobreza. Las lagunas en el sistema de protección social español han sido cubierto por el importante papel desempeñado por la familia y, en especial, las mujeres, que han tomado el cuidado de los niños y los ancianos, y hoy en día también de sus nietos (Del pino 2013, 198).

Este inicio de siglo para el conjunto del Estado de bienestar español puede definirse, desde el punto de vista de las políticas sociales aplicadas, como una combinación de contención del gasto social (sobre todo, entre 2000 y 2004), *recalibración*, es decir una reestructuración institucional de reequilibrio entre políticas y funciones de gasto social entre 2005 y 2010, con una notable expansión como es el sistema de atención a la dependencia, que han abocado finalmente a la regresión iniciada en mayo de 2010 y, sobre todo, profundizada desde diciembre de 2011 hasta la actualidad, que en la práctica supone una regresión o *retrenchment* como el abogado por las corrientes neoliberales a partir de los años setenta (Rodríguez,2014, 317).

El periodo antes de la crisis

El periodo anterior a la crisis, de fuerte crecimiento económico, presenta claras diferencias en la orientación de la política social. Así, en los primeros cuatro años, tal y como se ha señalado, es un periodo de contención del gasto y de culminación del proceso de descentralización con la transferencia de la sanidad a la totalidad de las Comunidades Autónomas.

Los gobiernos de José Luis Rodríguez Zapatero promulgaron algunas iniciativas de reforma destinadas a modernizar y adaptar el Estado del bienestar a los llamados nuevos riesgos sociales (inmigración, el envejecimiento, el cambio estructura de la familia, las nuevas formas de pobreza, entre otros (Del Pino 2013, 197). Una recalibración que tuvo en la promulgación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia una de las principales ampliaciones del Estado del Bienestar desde los años 80, y que supuso no solo un intento de trascender el modelo familiarista de cuidados, convirtiéndolo en un derecho de responsabilidad pública, sino de reformar nuestro Estado del Bienestar para transformarlo en un motor de crecimiento económico.

La crisis Económica

Esta senda de ampliación se vio truncada por el cambio de dirección de la política a inicios de 2010, con la crisis de la deuda soberana. La presión de los mercados y del UE planteó un escenario de austeridad y de ajuste, que obligó al Gobierno socialista a deshacer algunas de estas políticas y reducir el Estado del Bienestar. La llegada del Partido Popular (PP) en Diciembre de 2011 supuso una intensificación en este sentido (Del pino 2013, 197)

Aunque esta reacción en términos de ajuste y austeridad es, con mayor o menor intensidad, general en Europa, la singularidad del caso español reside en la debilidad estructural del modelo económico adoptado a partir, sobre todo, de la entrada en la unión monetaria y el euro, fuertemente dependiente del capital financiero exterior,

elevado endeudamiento privado, un mercado de trabajo segmentado y tendencia a la polarización en cuanto a salarios y condiciones de trabajo y, finalmente, un modelo de Estado de bienestar de amplia cobertura en servicios y prestaciones pero de baja intensidad protectora, es decir, con una limitada capacidad para reducir la pobreza y la desigualdad. Esta naturaleza del modelo español ha supuesto que las políticas de ajuste para hacer frente a la gran depresión tengan como prioridad la reducción de la deuda a costa de las prestaciones sociales (reformas de educación y sanidad de abril de 2012) así como una mayor precariedad del mercado de trabajo (acentuada con la reforma laboral de febrero de 2012 (Rodríguez, 2014, 315).

De esta manera, el retrenchment iniciado en 2012, en palabras de Rodríguez (2014, 317), tiene como rasgos básicos:

- El reforzamiento del principio contributivo y retroceso del principio de ciudadanía social (caso de la sanidad y desempleo);
- La reducción del gasto social en las partidas sociales: sanidad, educación servicios sociales y atención a la dependencia, acompañado del copago ciudadano en productos de farmacia y ayudas técnicas, aumento de tasas (académicas y judiciales) y reducción de los efectivos profesionales en las áreas de bienestar;
- El traslado por parte del Estado de una mayor responsabilidad en la acogida y atención de los colectivos excluidos y de riesgo al tercer sector sin las dotaciones financieras necesarias e, incluso, reduciendo los recursos que habitualmente se recibían antes de la crisis;
- El reforzamiento de la idea y práctica de la activación en detrimento de la inclusión activa o, lo que es lo mismo, mayor control de los parados sin crear los servicios de apoyo necesarios para garantizar una renta adecuada durante el tiempo de búsqueda de empleo o formación ocupacional;
- La refamiliarización de las funciones de apoyo y cuidados personales, poniendo en riesgo los modestos avances producidos en materia de conciliación de la vida familiar y de trabajo y en atención a la dependencia.

Es decir una verdadera transición del Estado del Bienestar español desarrollada a partir de tres ejes: reforzamiento del principio contributivo frente al principio redistributivo, contención intensa del gasto social a la vez que una sobrecarga del coste de los riesgos sociales sobre el ciudadano bajo la forma de copagos, sobrecarga de cuidados y protección por parte de las familias, y reformas que debilitan y deterioran los derechos laborales y sociales, caso del mercado de trabajo y el acceso a las rentas mínimas (Rodríguez, 2014, 370)

CAPÍTULO 3. LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN. MODELOS Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Tal y como se ha puesto de manifiesto en el capítulo anterior, los cambios en el Estado del Bienestar en las últimas décadas han tratado de adaptarse a la nueva realidad sociodemográfica y económica, buscando respuesta a los nuevos riesgos sociales y tratando de mantener el carácter de motor de crecimiento y bienestar que tuvo desde su origen, es decir, asumiendo el nuevo enfoque de la activación que pretende preparar más que reparar (EC, 2013a,2013b)

En el horizonte del 2030, todos los países experimentarán envejecimiento de la población, una tendencia pronunciada, sin precedentes históricos (Gascón y Redondo, 2014). Durante los últimos 60 años, los países del mundo han experimentado un ligero aumento de la proporción de personas mayores de 60 años, del 8% al 10%. Sin embargo en las próximas décadas, se estima que este segmento de población aumente hasta el 22%. Esto supone un salto de 800 a 2.000 millones de personas. La evidencia parece sugerir que las cohortes que entran en edad avanzada ahora son más saludables que las anteriores sin embargo, las necesidades de cuidado se incrementan ya que como apunta Lloyd Sherlock et alia (2012), no es la edad cronológica la causa del incremento de necesidad de cuidados, sino el umbral que alcanza la esperanza de vida de cada población.

Junto con la evidencia del envejecimiento acelerado de las poblaciones en el mundo, los cambios en los modelos familiares y la incorporación de la mujer al mundo laboral, han situado los Cuidados de Larga Duración (CLD), en un primer plano, atribuyéndole un protagonismo que anteriormente no tenían. Es claro que los CLD constituyen un reto al que las sociedades deben dar respuesta y que el futuro del bienestar de nuestras sociedades dependerá, en gran medida, de la forma en la que se articule.

3.1. Dependientes y Cuidados de larga Duración: Conceptos

Es obvio que personas de todas las edades pueden llegar a ser dependientes de Cuidados de Larga Duración (CLD). Sin embargo, los riesgos de la dependencia para niños, jóvenes y adultos en edad de trabajar son bajos en comparación con los riesgos para las personas en el extremo superior del rango de edad (EC y SPC (2014,11).

Así, las necesidades de atención a largo plazo son más frecuentes en las cohortes mayores pues existe riesgo de enfermedades crónicas asociadas a discapacidad física o mental.

El término "discapacidad" se utiliza como un término genérico que abarca algunos de los siguientes componentes: deterioro, limitación de la actividad y la restricción de participación (OECD, 2007, 2). Este uso fue refrendado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2001 (WHO, 2001) en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, ICF (en sus siglas en inglés International Classification of Functioning, Disability and Health).

Por consiguiente, una de las consecuencias del alargamiento del promedio de la vida es el aumento de la cantidad y la proporción de personas de edades extremas que deben vivir períodos prolongados en situaciones de fragilidad o dependencia, derivadas de limitaciones físicas o cognitivas permanentes, además la disminución de la mortalidad en las edades extremas determina que la probabilidad de padecer limitaciones permanentes se intensifique a partir de los 80 años de edad (Gascón y Redondo, 2014, 13).

A pesar de esta evidencia, el concepto de dependencia y, consecuentemente, la necesidad de los cuidados a que dar lugar, necesita de una precisión, pues si bien no cabe duda del protagonismo del envejecimiento de las sociedades en el problema de la dependencia, la necesidad de cuidados de larga duración es compartida con otros colectivos como los niños o las personas con discapacidades de diversa índole, lo que no genera un único sistema de atención.

Una primera cuestión que conviene señalar es que las personas mayores en situación de dependencia cuentan con dos tipos de cobertura: la cobertura de salud tradicional que es universal, y la cobertura de los servicios socio-sanitarios por tiempo prolongado. Los dos sistemas se complementan para dar una atención integral a los pacientes con dependencia pero responden a lógicas y sistemas diferentes (Gascón y Redondo, 2014, 20).

Existe, asimismo, una pluralidad de formas de entender la “dependencia” vinculadas a las diferentes tradiciones nacionales de gestión de riesgos sociales, así como en el particular papel jugado por los actores sociales en la definición de los riesgos y en su inclusión en la agenda social y política (Arriba y Moreno Fuentes, 2009, 20). Siguiendo a estos autores podemos identificar al menos tres conceptos de dependencia.

En una primera aproximación, la dependencia se puede definir como la necesidad de cuidados. Esto excluiría del concepto a aquellas personas dependientes del Estado del Bienestar que no necesitan cuidados. Nos referimos al conjunto de población activa, o potencialmente activa, que subsiste gracias a los beneficios del Estado del Bienestar, es decir, de alguna forma, son dependientes del mismo. Esta forma de entender la dependencia, diferenciando entre quien tiene posibilidades laborales y quien no, estaría claramente influida por el enfoque de la activación que, como hemos visto en el capítulo anterior, se está imponiendo en el nuevo paradigma del Estado del Bienestar (Morel, Palier y Palme, 2012a). Para estos dependientes de los beneficios del bienestar la incorporación en el mercado de trabajo, y no los cuidados, es el objetivo de la actuación pública.

Una segunda aproximación, es la que vincula este concepto con el de exclusión social. Es una concepción negativa de la dependencia que vincula de manera directa el envejecimiento con el empobrecimiento y el riesgo de exclusión social (Bond, 2009). Para este enfoque, influido por las políticas de atención a la dependencia en el Reino Unido, la salida del mercado laboral, y, con ello, la pérdida de rentas que con frecuencia implica el hecho de encontrarse en situación de dependencia, constituye

uno de los principales elementos de análisis de las políticas desarrolladas en este ámbito.

Un tercer enfoque de política pública en dependencia es el que plantea la potenciación de la autonomía individual y la autodeterminación de las personas como objetivos principales a alcanzar (Arriba y Moreno, 2009). Esta perspectiva se encuentra impregnada también del enfoque de la activación²³, pues coloca el énfasis en la autonomía individual para participar en el ámbito laboral y desarrollar una vida lo más plena posible. Esta concepción le otorga un carácter liberal de garantía de derechos individuales e igualdad de oportunidades, que lo aleja de los planteamientos estigmatizadores señalados con anterioridad (Arriba y Moreno, 2009a).

En el caso de España, el concepto de dependencia podríamos situarlo en línea con la primera de las aproximaciones, al menos en la parte de la población no activa como un bien a proteger. Este sentido, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD) en su artículo 2.2, define la dependencia y el elemento sobre el que se va a establecer esa dependencia:.

“A efectos de la ley se entiende por:

2. Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”

3. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e

²³ No sólo en la redefinición de la discapacidad para el empleo, sino también en las políticas de atención a población dependiente mediante el acento en la autonomía de las personas con capacidades disminuidas.

independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas”.

El predominio de un enfoque u otro, como veremos a más adelante, otorga rasgos distintivos a los diferentes sistemas de provisión de Cuidados de larga duración (CLD), ya que influyen en mayor medida sobre cómo se articulan las respuestas, es decir los cuidados, que sobre el concepto de Cuidado de Larga Duración.

El cuidado a largo plazo puede definirse como el conjunto de servicios y asistencias a las personas que como resultado de la fragilidad, discapacidad mental o física durante un período prolongado de tiempo, dependen de ayuda para las actividades de la vida diaria y/o necesitan algún tipo de atención de enfermería permanente. Las actividades para las que se necesita ayuda pueden ser las actividades de autocuidado que una persona debe realizar todos los días (Actividades de la Vida Diaria o AVD) como bañarse, vestirse, comer, levantarse dentro y fuera de la cama o una silla, desplazarse, ir al baño, el control de esfínteres y de las funciones intestinales,. También se contemplan aquéllas relacionadas con la vida independiente (actividades instrumentales de la vida diaria o AIVD) tales como la preparación de comidas, manejo de dinero, la compra de alimentos o artículos de uso personal, la realización de las tareas domésticas pesadas, y el uso de un teléfono (EC y SPC 2014,11). Las primeras son consideradas vitales mientras que las restricciones para el desarrollo de las AIVD disminuyen la capacidad del individuo para involucrarse en situaciones normales de relación o de autoabastecimiento, por eso las ayudas para las ADL presumen un grado más alto de dependencia que las vinculadas a las AIVD y, por lo tanto, están asociadas a una asistencia más intensiva.

La evaluación de la necesidad de un individuo para definir qué tipo de cuidado a largo plazo requiere, se ha basado tradicionalmente en la medición de esta dependencia, es decir, la dificultad para realizar actividades de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria. El grado de dificultad de personas en la realización de ambas denota su nivel de dependencia (OECD, 2007, 1-2).

Por último, el término “*Servicios de Cuidados de Larga Duración*” se refiere a la organización y prestación de servicios y asistencia a las personas limitadas en su capacidad para funcionar de manera independiente en una base diaria durante un período prolongado de tiempo. Dos componentes complementarios de esta definición son: el cuidado se mantiene durante un largo período de tiempo y, en segundo lugar, la atención se ofrece como un programa integrado a través de componentes de servicio. Los servicios pueden ser proporcionados en una variedad de escenarios: institucional, residencial o cuidados en el hogar. (OECD, 2007, 1).

3.2 Cambios socioeconómicos y cuidados de larga duración. La “Crisis de los cuidados”: un reto para los Estados del Bienestar

Como se ha señalado en el capítulo anterior, los estados del Bienestar han entrado en un proceso de transformación que arranca en los años 80, lo que se conoce como de Edad de Plata de los Estados del Bienestar (Taylor-Gooby, 2002), para adaptarse a la nueva situación económica, demográfica y social (Pierson, 1998). Los profundos cambios registrados en el final del siglo XX y principios del siglo XXI, quebraron un modelo concebido para dar respuesta a los riesgos de un sistema basado en el varón con empleo estable, generador de rentas y seguridad para toda la familia, en el que la mujer asumía todas las funciones de cuidado necesarias para la sostenibilidad del sistema (Esping-Andersen, 2000); modelo en el que los cuidados no constituyen un elemento central del Estado del Bienestar pues dentro de la familia, las mujeres son quienes asumen los CLD.

3.2.1. Los cuidados de Larga duración como nuevo riesgo social: la crisis de los cuidados

La globalización, los profundos cambios tecnológicos y un acelerado cambio social hicieron aparecer nuevos riesgos sociales (Beck, 2002). Este tránsito hacia una sociedad posindustrial hace que los estados del bienestar se enfrenten al reto de dar

respuesta a nuevos riesgos para los que no fueron creados sin dejar de dar respuesta a los que venían atendiendo (Del Pino, 2013). Esta situación se ha acentuado desde la crisis de 2008, hasta el punto de suscitarse dudas sobre su propia supervivencia. En este contexto se llega a hablar de una edad de Bronce del estado de bienestar (Moreno, 2012).

Los nuevos riesgos sociales se refieren a la inestabilidad de los trabajos derivados de la fuerte competitividad y la deslocalización, la pérdida adquisitiva de los salarios, que abocan a modelos de doble ingreso y dificultades de la conciliación de la vida familiar y laboral, la maternidad/paternidad individual, la fragilidad de la tercera edad, poseer pocas habilidades y cualificación y una insuficiente protección social (Bonoli, 2005 y 2007). Estos riesgos, estos problemas, sociales lo son en su mayoría porque las políticas tradicionales del bienestar no les dan respuesta (Esping-Andersen, 2010); situación que empuja a las administraciones públicas a elegir, en plena crisis fiscal, entre enfrentarse a diseñar nuevas políticas o a asumir más tareas que, casi siempre, implican gasto adicional (Del Pino, 2013, 97).

Los cuidados de larga duración o de dependencia surgen como nuevos riesgos o necesidades sociales en este contexto de cambios socioeconómicos vinculados a las transiciones post-industriales, que no solo aumentan la necesidad de cuidados si no quiebran el modelo que lo proveía (Taylor-Gooby, 2004b).

En este nuevo marco, los cuidados de niños y ancianos, y de forma muy especial los de larga duración, adquieren, ahora sí, centralidad en la agenda de reforma de los Estados del Bienestar, pues *“el cuidado puede transformarse, pero no suprimirse, y cada sociedad tiene que encontrar el mejor modo posible de conciliar los derechos y obligaciones de quienes necesitan los cuidados y de quienes de un modo u otro han de proporcionárselos”* (Duran, 2014, 53)

La variación histórica entre modelos de cuidado ha sido grande: desde sociedades agrarias de pequeños grupos familiares en que el cuidado se repartía de modo bastante igualitario, hasta sociedades sumamente desiguales en las que gran parte del cuidado se ha adscrito a los niveles más bajos de la sociedad, pasando por grupos que

utilizan simultáneamente diversas formas de cuidado (familiar, de mercado, del Estado y filantrópico) pero, en todos, la tónica dominante ha sido que el cuidado se preste principalmente por mujeres dentro su propia familia (Durán, 2012, 473)

Estamos hablando, por tanto, de que, en mayor o menor medida, es un modelo de cuidados de carácter informal muy mayoritariamente realizado por mujeres²⁴. El problema se plantea cuando no solo aumentan las necesidades de cuidado si no que disminuye la oferta de cuidado informal que, hasta hace pocos años, proporcionaba un modelo de trabajo masculino formalizado, remunerado y de mercado y un trabajo de cuidados femenino, informal, no remunerado y ajeno al mercado. El aumento de la una y la disminución de la otra, desembocan en la insostenibilidad del modo tradicional de distribuir la carga de cuidados (Duran, 2014, 51). Una distribución que ha dado lugar a lo que se ha dado en llamar “*crisis de los cuidados*”, concepto que proviene de la economía feminista y apunta a la distancia entre necesidades de cuidado y las disponibilidades para hacerlo (Carrasco, 2013; Pérez Orozco, 20056 2010).

Como señala Carrasco (2013, 46) “el envejecimiento demográfico junto a la cada vez mayor participación laboral de las mujeres ha llevado a una situación crítica, puesto que la oferta de trabajo de las mujeres no era infinita, como parece que se presuponía. Una situación crítica en relación al cuidado de las personas, básicamente, de las personas mayores muy dependientes que requieren presencia constante de otra persona adulta. Dicha situación, unida a la incapacidad o no disposición para pensar en un cambio de modelo de trabajo ha llevado a la denominada crisis de los cuidados”.

²⁴Un cuidador informal o familiar puede ser descrito como alguien “*que ofrece ayuda para alguien con un enfermedad crónica, discapacidad u otra necesidad de salud o de apoyo a largo plazo, fuera de un marco profesional o formal*” EC y SPC (2014) tomando como referencia a Glendinning, et al (2009). Por el contrario, los trabajadores formales de Los CLD se definen como trabajadores por cuenta ajenas, que proporcionan atención y / o asistencia a las personas limitadas en sus actividades diarias en el su hogar o en instituciones (OECD, 2013).

2.2.2. Factores determinantes de la crisis de los cuidados

Envejecimiento, incorporación de la mujer al mercado de trabajo, un mercado con altas dosis de inestabilidad, obsolescencia acelerada de conocimientos y pérdida de capacidad adquisitiva de las retribuciones, como factores determinantes de esta crisis de los cuidados. A estos factores a los que habría que añadir los profundos cambios sociales registrados que alumbran nuevos modelos familiares y cambios en los roles de género.

En primer lugar, el envejecimiento, desde la perspectiva de los CLD, supone que una parte cada vez mayor de la población va a necesitar cuidados. Además del incremento de las cohortes de edad más avanzada, las necesidades de cuidados se incrementan más que proporcionalmente en relación con la población como tendremos la oportunidad de analizar más adelante, pues los años en los que se ven afectados por alguna discapacidad, van a ser dependientes y requerir cuidados, va a aumentar también.

La estimación realizada por Duran (2014) sobre la evolución de las necesidades de cuidado en las regiones más desarrolladas permite ilustrar este hecho. Según sus cálculos, la población mayor de 65 años genera casi el 25% de las necesidades de cuidados cuando representa el 15% de la población.

De hecho, según datos de la Segunda Encuesta Europea sobre Calidad de Vida, el volumen de población que presta cuidados a personas mayores o con discapacidad es ya muy elevado. Un 3% de la población de la UE-27 realiza cuidados varias veces a la semana, un 4% una o dos veces a la semana y un 8% al menos una vez en semana. Los datos son elocuentes, existe un elevado volumen de recursos humanos involucrados en los CLD, teniendo en cuenta la enorme variabilidad de situaciones existentes en la UE (EC y SPC, 2014, 21). Según estimaciones de la OECD (2013) más del 15% de las personas mayores de 50 años son los proveedores informales de atención a sus dependientes, sean parientes o amigos y la mayor parte son mujeres. Por relación con la actividad personas dedicadas a actividades del hogar (mayoritariamente mujeres)

presentan el mayor porcentaje de población que realiza cuidados, mientras que en el resto de categorías o es inferior (trabajadores y desempleados) o prácticamente igual (jubilados). Nuevamente otro indicador más de la feminización de los cuidados (cuadro 3.1).

La previsión es que la presión por el lado de la demanda va a seguir incrementándose. La población mayor de 65 años va a crecer entre 2010 y 2050 un 70% y las necesidades de cuidados asociadas lo harán en un 80%, absorbiendo el 40% de las necesidades de cuidados. Esta estimación pone de manifiesto que se trata de un problema de las zonas más desarrolladas, pues en las de menor desarrollo relativo, a pesar del espectacular crecimiento de las necesidades de cuidado, los vinculados a las personas mayores de 65 años, supondrán en 2050 un 22,5 % del total.

Cuadro 3.1. Porcentaje de cuidadores y no cuidadores por situación laboral. 2006.

	Jubilados/as		Trabajadores/as en activo		Desempleados/as		Amos/as de casa	
	Cuidador (%)	No cuidador (%)	Cuidador (%)	No cuidador (%)	Cuidador (%)	No cuidador (%)	Cuidador (%)	No cuidador (%)
Alemania	23,5	20,5	48,2	53,8	9,7	11,2	11,9	8,9
España	10,0	13,8	33,0	45,1	5,9	7,5	43,9	25,7
Francia	24,0	25,5	51,6	52,7	4,3	6,1	13,8	9,3
Italia	36,2	35,5	33,5	35,8	3,2	4,0	24,5	22,3
Reino Unido	10,6	7,3	77,9	80,9	1,4	0,9	5,3	5,0
Suecia	12,9	16,3	75,4	73,9	1,4	3,5	0,8	1,1
Estados Unidos	17,7	15,5	58,5	62,0	2,3	1,8	10,7	9,1
OECD (17)	19,3	19,2	54,0	57,7	4,0	5,0	15,8	11,6

Fuente: Elaboración propia a partir de Colombo et alia (2011)

Frente a este intenso y sostenido crecimiento de la demanda, la oferta de cuidados informales no hace sino disminuir. En primer lugar, por factores demográficos, en los que la estructura familiar se caracteriza por ser una red de parentesco “tipo

guisante”²⁵, donde los descendientes y colaterales son menos numerosos para cuidar a ascendientes (Fantova, 2014).

En segundo lugar, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo ha reducido su capacidad para ser fuente principal de cuidados. En Europa esta incorporación se produjo antes que en España, pero la fuerte aceleración de las últimas décadas nos ha situado por encima de la media de la UE. Si en 1980 la tasa de actividad femenina era del 16,5%, en la siguiente década se había duplicado, para multiplicarse por tres en los años 2000, y cuadruplicarse en la actualidad.

La incorporación de las mujeres se produce en un mercado que todavía presenta una fuerte impronta del modelo masculino de libertad de horarios y acciones donde es difícil conciliar la responsabilidad del cuidado con la preferencia de éstas a optar por un modelo de familia de doble carrera igualitaria (Fantova, 2014).

En tercer lugar, esta brecha entre necesidad de cuidados y escasez de cuidadores, se ve influenciada por profundos cambios sociales. La mayor conciencia de igualdad, que cuestiona los roles de género en el trabajo y en el hogar, ha supuesto una fuerte presión sobre la tradicional división del trabajo en el seno de las familias mientras que nuevos modelos de familia han hecho su aparición, entre los que no deja de crecer el monoparental.

Estamos, por consiguiente, ante la insostenibilidad del modelo tradicional de cuidados motivada por: el envejecimiento, el aumento de las familias de pequeño tamaño, la escasez de relación con la familia extensa, el debilitamiento de las relaciones afectivas y económicas entre la población anciana dependiente y la generación en situación potencial de hacerse cargo del cuidado, las migraciones, la incorporación de las mujeres al estudio y a la ocupación y la asimetría en la adaptación de los hombres a las nuevas demandas de cuidado (Durán, 2012).

²⁵Se habla de red de parentesco “tipo guisante” cuando, como consecuencia de la existencia de redes familiares con tres generaciones pero con una disminución del número de hermanos, de generación en generación, fruto del paulatino descenso de la fecundidad. Se produce una verticalización de estas redes de forma que se tienen muchos ascendientes y pocos colaterales y descendientes (Meil, 2011, 188)

Los esquemas de protección social desarrollados a lo largo del siglo XX se encuentran mal adaptados para contrarrestar estos cambios, sin embargo, ello no se ha traducido hasta fechas recientes en un debate sobre políticas puesto que muchos países europeos tienen fuertes tradiciones culturales de cuidado familiar. Mientras la solidaridad familiar tiene un gran valor social en sí mismo, la confianza en el cuidado familiar informal en muchos países sugiere que la dependencia de la asistencia social a largo plazo no se percibe como un riesgo que requiere la protección social de la misma manera como, por ejemplo, la enfermedad o la mala salud aguda (EC y SPC, 2014).

Así, a pesar de que la dependencia, entendida como necesidad de cuidados, ha adquirido gradualmente la consideración de un riesgo social a proteger, las políticas destinadas a hacer frente a esta situación, han permanecido, en términos generales, fragmentadas y escasamente desarrolladas, particularmente en los países del sur de Europa. El ámbito doméstico ha sido el principal proveedor de cuidados mientras que las administraciones públicas han asumido un rol subsidiario tanto en el plano de la financiación como en el de la provisión (Arriba y Moreno, 2009b,19).

No cabe duda de que estas transformaciones han aumentado la presión sobre las políticas sociales. La intervención pública en la provisión de CLD, relativamente poco desarrollada, ha pasado a ocupar un lugar central en los debates y propuestas de reforma de los Estados del Bienestar europeos en un contexto en el que la naturaleza, extensión e intensidad de la intervención pública en el ámbito de la protección social se encontraba directamente cuestionada y en pleno proceso de redefinición (Arriba y Moreno, 2009).

3.2.3. El reto de avanzar en el desarrollo de un Estado del Bienestar capaz de dar respuesta al riesgo de la dependencia y de los cuidados de larga duración.

Es evidente que además de la preferencia de las personas dependientes por la atención domiciliaria prestada por parientes -como muestran las encuestas de la UE- la mayor asequibilidad de los sistemas apoyados en los cuidados familiares es una de las

razones por la que en muchos Estados no se han desarrollado sistemas avanzados de cuidados formales. En términos de coste directo, sin tener en cuenta los costes de oportunidad, los y las profesionales necesariamente suponen un coste superior al de las personas dedicadas a prestar cuidados no remunerados (CE y SPC, 2014, 9).

Por ello, este tránsito hacia un sistema de cuidados formales de calidad con provisión pública, es un reto social y económico de enorme envergadura. No obstante, las consecuencias y los riesgos de no progresar en esta dirección son también considerables y comprometen el futuro de las sociedades y las economías avanzadas.

Una idea de la dimensión de esta meta puede obtenerse aproximándose al volumen del cuidado informal implicado. Las estimaciones sugieren que el valor económico del cuidado informal no remunerado como porcentaje del coste total de atención a largo plazo en los Estados miembros de la UE oscila entre el 50% y el 90%. (CE y SPC, 2014, 24).

Cuadro 3.2. Estimación el valor del cuidado familiar no remunerado en la Unión Europea. 2006 (billones de euros 2006; % del PIB entre paréntesis)

Enfoque	Trabajo doméstico no remunerado en el entorno familiar	Trabajo de cuidado de niños en el entorno familiar no remunerado	Cuidado de los niños externalizado	Total
Coste de oportunidad	2.655 (23,0)	470 (4,1)	77 (0,7)	3.202 (27,7)
Reemplazo de mercado generalista	1.910 (16,5)	331 (2,9)	77 (0,7)	2.318 (20,1)
Reemplazo de mercado generalista ampliado	3.565 (30,9)	458 (3,9)	- (-)	4.023 (34,9)
Reemplazo de mercado especializado ampliado	3.565 (30,9)	689 (5,9)	- (-)	4.254 (36,8)

Fuente: Elaboración propia a partir de Giannelli, Mangiavacchi y Piccoli (2010)

Giannelli et alia (2010) calcula que el coste (ver cuadro 3.2) oscila entre un 16,5% y el 30,9% del PIB de la UE si la valoración se realiza con diferentes hipótesis de coste de sustitución de mercado, mientras que la estimación vía coste de oportunidad del trabajo no remunerado lo sitúa en un 23% del PIB. Por países (cuadro 3.3) las ratios²⁶ alcanzan el 42 % del PIB en el caso de Alemania -según coste de reemplazo de mercado-, en el límite superior y un 18 % de Italia- según coste de oportunidad-. En el caso de España las estimaciones se encuentran en el rango entre 19,4% - 26,1%.

En las sociedades donde las necesidades de CLD se basan en sistemas de protección social inadecuados y la atención se deja mayoritariamente a los familiares y el azar, surgen muchos problemas. Los riesgos asociados a esta inadecuada respuesta de la política social para orientar la reforma de los Estados del Bienestar sobre como asumir el reto de los CLD, han sido puestos de manifiesto en un reciente informe de la Comisión Europea y el Comité de Protección Social (CE y SPC, 2014).

Cuadro 3.3. Estimación del valor del cuidado familiar no remunerado en distintos países de la UE: 2006 (% PIB)

	Trabajo doméstico no remunerado en el entorno familiar	
	Coste de oportunidad	Reemplazo de mercado
Alemania	28,6%	42,0%
España	19,4%	26,1%
Francia	20,8%	27,2%
Italia	18,4%	28,3%
Reino Unido	25,9%	30,3%
Suecia	19,4%	25,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de Giannelli, Mangiavacchi y Piccoli (2010)

²⁶ Lógicamente los cálculos están influidos en cada país por el grado de oferta formal y publica de cuidados, que reduce o amplía la necesidad, y los niveles salariales.

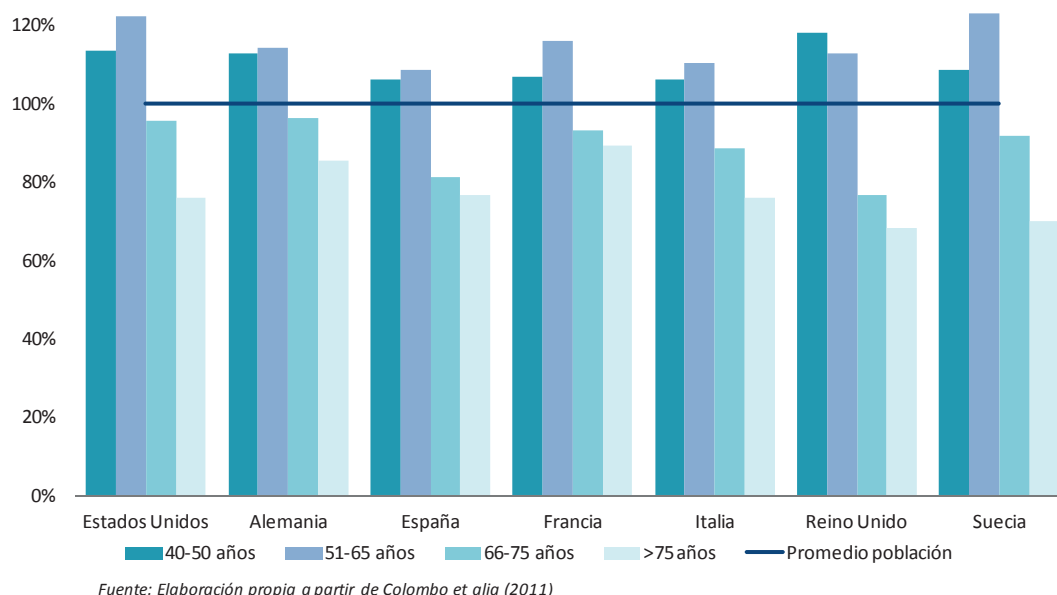
Riesgos para los dependientes y sus familias

Unos CLD de baja calidad pueden causar (o no prevenir) una amplia gama de problemas para las personas dependientes. En primer lugar peor calidad de vida, pérdida de dignidad y autonomía, así como problemas adicionales de salud, dolor e incluso abuso o maltrato.

En segundo lugar, se asocian riesgos de empobrecimiento y exclusión social, pues sin protección social, las condiciones de vida de la persona a cargo dependen de su propia capacidad adquisitiva o de la voluntad de la familia de proporcionar o pagar por la atención. Esto tiene efectos negativos sobre la equidad, ya que unas familias se verán más afectadas que otras. Además, las personas que asumen el coste de la atención profesional y los cuidadores familiares que tienen que renunciar a su vida profesional o reducir su jornada de trabajo, pueden sufrir una grave presión económica ante la reducción sustancial de su renta disponible y correr el riesgo de caer en la pobreza. Este es un riesgo generalizable pues el coste es elevado y se afronta en un momento del ciclo vital en el que menos renta se tiene y más se depende de las transferencias públicas.

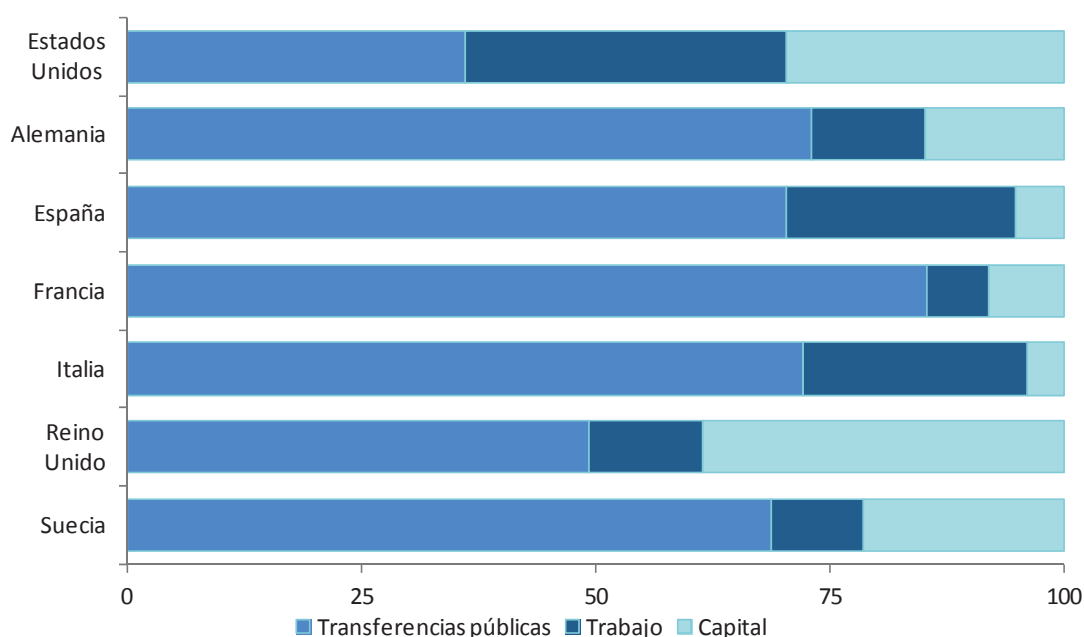
Las estimaciones realizadas por Colombo et alia (2011) sobre el impacto de este coste sobre la renta de las personas mayores de diferentes países de la OCDE pone en evidencia estos riesgos. La necesidad de asumir estos costes se produce, efectivamente, en uno de los momentos de la vida en los que, comparativamente menos ingresos se tiene. Tal como recoge el gráfico 3.1, aunque con diferencias entre países, a partir de los 65 años se produce un descenso de la renta que se agudiza a partir de los 80 años. Las caídas superan los 20 puntos, en relación con la renta anterior a los 65 años, salvo en el caso de Alemania. En el caso de España supera los 25 puntos porcentuales y en el caso del Reino Unido se alcanzan los 36. Estas ratios se intensifican a partir de los 75 años, en los que las reducciones oscilan entre los 4 y los 22 puntos, 5 puntos en el caso de España. Es decir, en el caso de España estos costes se asumen con una renta que, a partir de los 75 años, representa las tres cuartas partes de la renta media y dos tercios de la renta máxima.

Gráfico 3.1. Ingresos disponibles ajustados por cohortes de edad y relación con el promedio de la población, en distintos países. Primera década del siglo XXI



Esta asunción, por otra parte, se produce cuando se es más dependiente de las transferencias públicas (ver gráfico 3.2). Aunque varía mucho entre países, por las diferencias en las edades de jubilación y en los sistemas de pensiones, si excluimos a EE.UU y al Reino Unido, en el resto de países europeos las transferencias suponen aproximadamente el 70% de la renta disponible ajustada, con un máximo que supera el 85% en el caso de Francia. El peso de las transferencias se eleva a medida que disminuye la renta (gráfico 3.3), siendo comparativamente más alta para las personas que se encuentran en los estratos de renta inferiores, hasta el decil quinto supone el 75% y en la mayoría de los países supera el 90% (el 92% en el caso de España). Esta elevada dependencia de las transferencias públicas supone, en general dificultades para mantener el poder adquisitivo, por los problemas para revalorizar estas aportaciones ante la situación fiscal de la mayoría de los países.

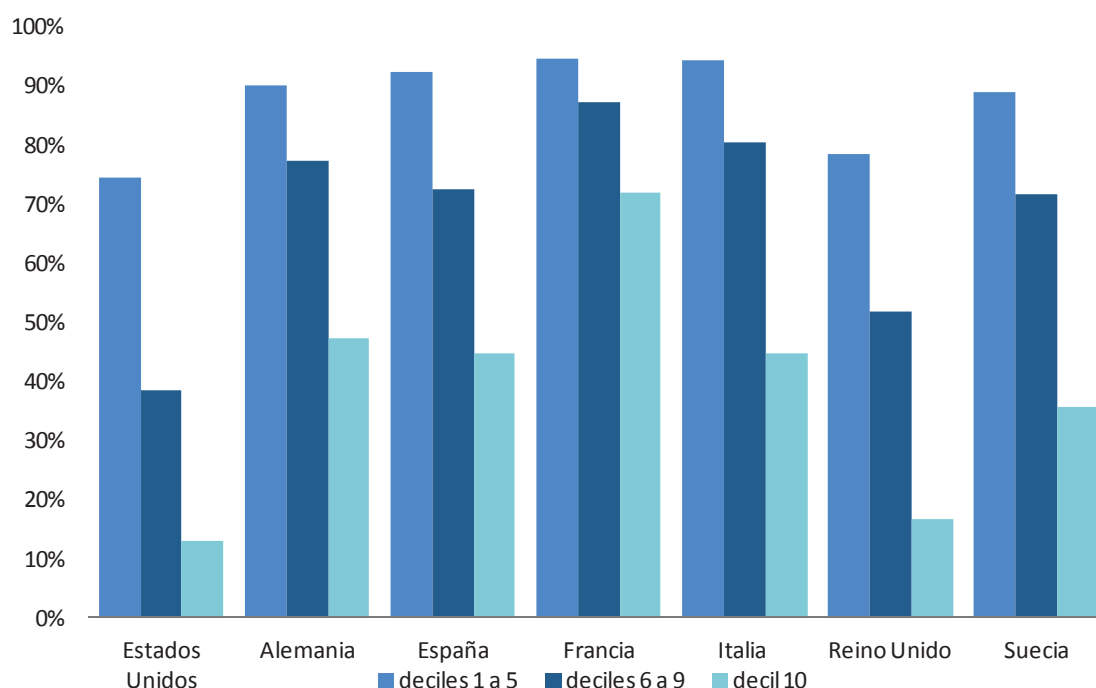
Gráfico 3.2. Distribución según procedencia de la renta disponible ajustada de los mayores de 65 años. Primera década del siglo XXI



Fuente: Elaboración propia a partir Colombo (2011).

Pero además, este coste en relación a la renta es muy elevado (Colombo, 2011). Incluso los cuidados de baja intensidad -43,33 horas al mes- (ver gráfico 3.4), en la mayor parte de los países supone más del 50% de la renta de los hogares con ingresos moderados. Para las personas cuya renta se encuentra por debajo de la cuarta decila, resulta inevitable recurrir prematuramente a unos ahorros que en caso de existir, por regla general son escasos. Para aquellos que requieren una gama de servicios de mayor intensidad -25 horas a la semana-, los gastos asociados con el cuidado pueden superar el 60% de la renta disponible en las decilas octava de ingresos (Gráfico 3.5). Incluso para las personas mayores de renta alta, el coste representa una carga que reduce rápidamente sus ahorros.

Gráfico 3.3. Porcentaje de transferencias públicas en los ingresos ajustados de las personas mayores de 65 años por decilas. Primera década del siglo XXI

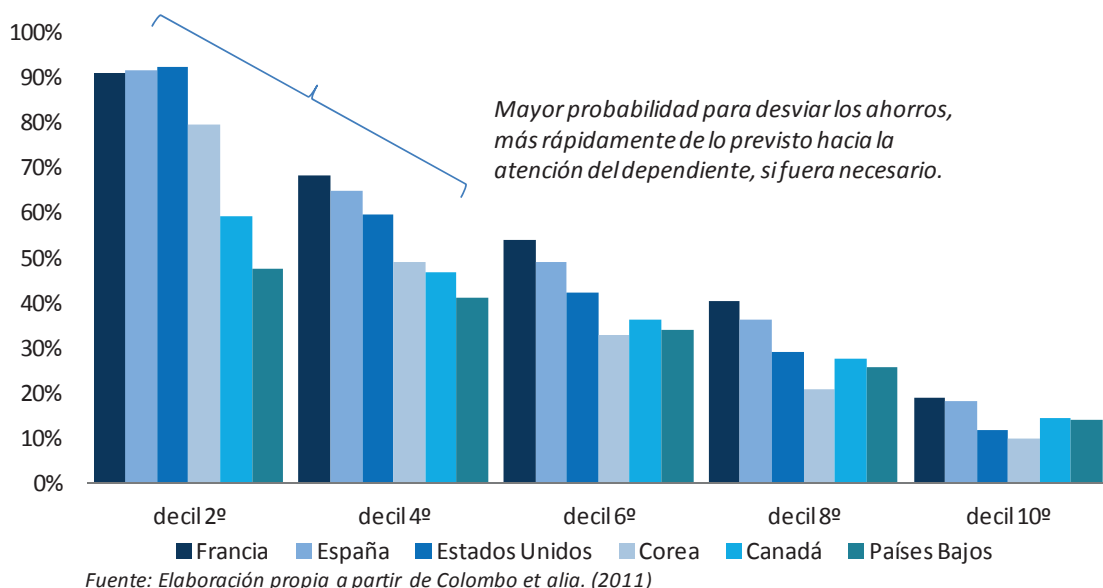


Fuente: Elaboración propia a partir de Colombo et alia (2011)

Las necesidades de cuidado de alta intensidad - 108,33 horas al mes²⁷ - suponen un coste de cuidados profesionales muy significativo para la mayoría de las personas mayores, no solo para las rentas bajas (Gráfico 3.4). En este caso, solo para las personas que están en la décima decila de renta el coste no alcanza el 50%. De hecho, salvo estas personas ricas, como hemos visto, el resto de dependientes tiene un elevado riesgo de tener que acudir al capital acumulado, no obstante, el escaso peso que el rendimiento del capital tiene en las rentas de los mayores frente a las trasferencias públicas (ver Gráficos 3.2 y 3.3), directamente proporcional al nivel de renta, permite afirmar que el volumen de ahorro no evita caer en la pobreza y la exclusión social.

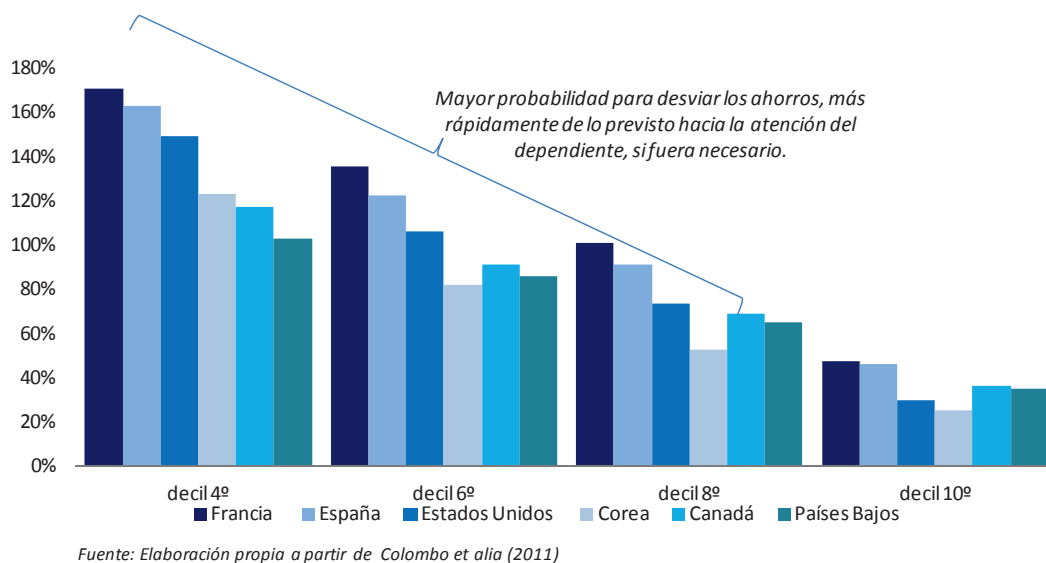
²⁷ Lo que por otra parte no excluye el cuidado informal, si tenemos en cuenta que estamos hablando de un soporte de cuidado de 3, 6 horas al día.

Gráfico 3.4. Porcentaje que supone el coste de los CLD de baja intensidad en la renta disponible ajustada de las personas a partir de 65 años en diferentes países para distintas decilas. Primera década del siglo XXI.



Siendo así, la mayoría de los individuos con severas limitaciones funcionales, los servicios de cuidado a largo plazo puede conducir a un empobrecimiento significativo y/o una dependencia excesiva de los cuidadores familiares o amigos (Colombo, 2011, 264).

Gráfico 3.5. Porcentaje que supone el coste de los CLD de alta intensidad en la renta disponible ajustada de las personas a partir de 65 años en diferentes países para distintas decilas. Primera década del siglo XXI.



Riesgos para las personas cuidadoras

Los cuidados también tienen riesgos importantes para las personas que deben afrontarlos. En primer lugar, puede haber riesgos para la salud de los cuidadores y el bienestar de la familia. Los cuidadores informales pueden estar bajo los efectos de un estrés considerable al tratar de conciliar obligaciones laborales y familiares, además la mayoría no disponen de la formación necesaria y pueden estar expuestos al aislamiento social. En este sentido la prevalencia de problemas de salud mental entre los cuidadores informales es un 20% más alta que entre los no cuidadores y particularmente alto para las personas que proporcionan más de 20 horas de cuidados a la semana (Colombo et al., 2011, 28). Los trastornos depresivos, la ansiedad, la ira y la hostilidad se asocian frecuentemente con los deberes de cuidado más pesados.

En segundo lugar, existen consecuencias económicas relacionadas con el riesgo de pobreza y la exclusión social. La atención a los familiares puede conllevar un sustancial sacrificio económico pues los cuidadores pueden verse obligados a reducir su tiempo de trabajo, renunciar a su carrera profesional, llegando incluso a abandonar por completo el empleo remunerado. Asimismo, desde una perspectiva a largo plazo, las dificultades para encontrar o mantener un trabajo remunerado a tiempo completo impide satisfacer el pago de las cotizaciones que da acceso a la pensión por jubilación (EC y SPC, 2015).

Como hemos visto, el trabajo de cuidado informal tiene rostro femenino. Las mujeres asumen con más frecuencia que los hombres las responsabilidades del cuidado de familiares con necesidades CLD y, por tanto, son más propensas a reducir su participación en la economía formal. Como puso de relieve el Informe conjunto sobre el empleo 2014 que acompaña a la Comunicación de la Comisión sobre el Estudio Prospectivo Anual sobre el Crecimiento de 2014 (EC, 2013, 22), en varios Estados miembros, el subdesarrollo de la prestación de CLD formal, sigue siendo un obstáculo importante para el empleo femenino y el crecimiento. Incluso se identifica una clara

correlación entre las tasas de participación laboral femenina, sobre todo en las edades de 55-64, y el grado de acceso a la prestación de CLD (CE y SPC, 2014, 23)

El elevado riesgo de pobreza durante la vejez, se agudiza, especialmente, entre las mujeres, reflejo del menor acceso al trabajo remunerado al que se ven forzadas por su responsabilidad en los cuidados familiares con las consecuencias sobre las pensiones antes señaladas. De hecho, por ejemplo, un estudio sobre la situación en 13 países de la UE-27 puso en evidencia que las mujeres solas con responsabilidades de atención a las personas mayores incurren en un mayor riesgo de pobreza en la vejez (Viitanen, 2005, 20)

Riesgos para la economía

No solo existen riesgos para la persona dependiente y para las encargadas de satisfacer sus necesidades de cuidados, la economía también se ve afectada.

En primer lugar, se minusvalora la importancia de los cuidados en la sostenibilidad de las economías capitalista de mercado (Pérez Orozco, 2006). Desde la perspectiva de la economía formal, se soslaya éste como un importante motor de actividad, de creación de empleo y de generación de oportunidades para una población femenina que sufre la segmentación por razón de género del mercado de trabajo. En un mundo en el que no se toma en consideración el valor económico de los cuidados, el abandono o la reducción de las horas de trabajo formal o remunerado tiene efectos negativos sobre la oferta de trabajo y la economía; impacto que deviene mayoritariamente del protagonismo de las mujeres en los cuidados de sus dificultades para acceder al mercado de trabajo y, en consecuencia, para desarrollar todo su potencial.

En este sentido, Esping-Andersen y Palier (2010), centran la necesaria evolución del Estado del Bienestar, incluso sus posibilidades de supervivencia, en tres factores directamente vinculados a esta problemática: llevar hasta sus últimas consecuencias la revolución de la mujer, de modo que cualquiera de ellas tenga la opción de salir del ámbito doméstico y acceder a un puesto de trabajo de calidad; la necesidad de que los

hijos e hijas de éstas puedan acceder a una red de atención socioeducativa mientras desarrollan esta actividad profesional; por último, para hacer frente a los desafíos de envejecimiento, que tienen mucho que ver con los cuidados pero también con adecuar la vida laboral a las nuevas circunstancias demográficas.

Es precisamente en estos riesgos donde insiste el emergente paradigma sobre el Estado del Bienestar: el Estado de Inversión Social²⁸ (Morel, Palier y Palme, 2012c, 2015; Antonucci, 2011, Bonoli 2012; Cantillon, 2011; Hemerijck 2012a, Jenson 2012 Mahon, 2012; 2015; Nolan, 2013, Saint-Martin, 2004; Vandenbroucke y Vleminckx, 2011).

Como se puso de manifiesto en el capítulo anterior, este nuevo paradigma insiste en que los Estados del Bienestar más que reparar deben preparar a los individuos para afrontar riesgos (Giddens, 1999; Esping-Andersen et alia, 2002; Rodrigues, 2003). Por ello, insisten en la idea de la activación de las políticas sociales y toman como referente la activación del capital humano (Bonoli, 2012, Del Pino, 2014, Lundval y Lorenz, 2012a, 2012b, Mahon, 2012, Morel, Palier y Palme, 2012b)

Las políticas de activación del capital humano tienen como uno de sus destinatarios principales a las mujeres (Hemerijck, 2012a; Jenson, 2012, Morel, Palier y Palme, 2012b). La activación encierra dos elementos básicos: la cualificación y la eliminación de los obstáculos para un desarrollo profesional pleno para aquellos ámbitos de mayor cualificación. Para ello las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral asumen amplio protagonismo, entre las que los sistemas de CLD juegan un papel destacado (Lindh, 2012; Lindh y Palme, 2006).

²⁸ Aunque el enfoque y la denominación más consolidada y en la que están convergiendo la mayoría de los autores, a partir del trabajo de Morel, Palier y Palme (2012 c), es la de Estado de Inversión Social, con esta orientación se han ido generando otras denominaciones como Nuevo Estado del Bienestar (Pierson, 2001; Esping-Andersen et alia, 2002; Taylor-Gooby 2004b, Taylor-Gooby et alia, 2015), Estado del Bienestar Productivo (Hudson y Kühner, 2009) o Estado del Bienestar Activo (Van Berkel et alia, 2011), Estado dinamizador (Mulas-Granados, 2010), o desde el ámbito de los estudios sobre desarrollo económico el Crecimiento inclusivo (Brunori y O'Reilly, 2010), Hasmad 2015 b; Johnson, 2014, Midgley 2013).

Siendo así, los sistemas avanzados de CLD se configuran como un factor de crecimiento y competitividad en una economía como la del conocimiento, donde la materia prima esencial son las capacidades personales.

La conjunción de factores, necesidades, restricciones, riesgos y costes de todo tipo puestos de manifiesto son un reto para el desarrollo de los Sistemas de Cuidados de Larga Duración. La realidad descrita está imponiendo un proceso de transformación de los CLD a partir de diferentes modelos de respuesta, tal y como veremos en el apartado siguiente; un proceso imparable de enorme trascendencia e intensidad que requerirá un esfuerzo social y financiero enorme. En caso contrario no sólo se verá afectada la equidad, seña de identidad europea, sino también el potencial de crecimiento, como claramente señalan los que apuestan por el Estado de Inversión Social. Si esta transformación se aborda desde el convencimiento de su capacidad para actuar como motor de crecimiento y empleo, no solo se resolverá un enorme problema social, sino que también se potenciará nuestra capacidad de crecimiento, en caso contrario estaremos avocados al estancamiento económico y al retroceso del Bienestar de las generaciones futuras.

3.3. Modelos de cuidados de larga duración: especial referencia a Europa

Como hemos puesto de manifiesto, en realidad las políticas de Cuidados de Larga Duración están sufriendo una importante transformación, incluso se encuentran en elaboración en muchos países. Hay un amplio consenso respecto a que debido al aumento de las necesidades y de las presiones sobre la organización tradicional de base familiar de los CLD, éstos requieren mayor reconocimiento como riesgo social, aunque las restricciones presupuestarias jueguen, a menudo, en contra de la implementación de las políticas propuestas (Österle, 2009,58).

Europa constituye el principal referente, del desarrollo de las políticas de CLD, lo cual es lógico dado el problema de envejecimiento que sufre y la importancia que ha tenido en la configuración del Estado del Bienestar y sus distintos regímenes. Aunque pueda considerarse que otros países de la esfera del mundo desarrollado, EE.UU.,

Canadá, Japón o Australia, forman parte y han contribuido a la definición de los modelos del Bienestar, la impronta dejada por la evolución de los Estados Bienestar en Europa la convierten en la referencia central de cualquier análisis²⁹.

No obstante, los distintos países europeos parten de niveles de desarrollo de sus servicios de atención a la dependencia considerablemente diferentes, no sólo en intensidad, sino también en los mecanismos y el reparto de responsabilidades (Arriba y Moreno, 2009b).

A pesar de que la política social es competencia de cada miembro, y por lo tanto no se dirige desde la Comisión Europea, lo cierto es que las recomendaciones en materia de modernización económica de la Comisión Europea, el efecto demostración entre modelos nacionales (Método Abierto de Coordinación -MAC) y una base sociodemográfica relativamente convergente, han generado unas tendencias comunes en las políticas europeas en de CLD (Montserrat, 2014, 2). Siguiendo a Rodríguez (2005), los modelos están evolucionando como una combinación de:

a) Universalismo creciente pero limitado de la acción del Estado que garantizaría una financiación básica del sistema y una regulación multinivel en la que estarían implicadas tanto la administración central como los gobiernos regionales y en ocasiones locales. Las diferencias en los sistemas - y en el gasto público- de atención a largo plazo reflejan principalmente diferencias en la cobertura estimada de los sistemas formales de atención institucional y atención domiciliaria.

b) Extensa e intensa responsabilidad familiar en relación a los cuidados. Incluso en países con sistemas desarrollados de CLD, el número de cuidadores informales triplica la fuerza de trabajo de cuidado formal (EC y SPC, 2014,18)

²⁹ Autores como Gough, (2004a, 2004b), sin embargo, plantean la necesidad de reconocer que los Estados de Bienestar son solo una familia de regímenes de bienestar en un mundo donde existen otros. De hecho plantea que existen países donde existe un esfuerzo significativo por parte del Estado en la provisión del bienestar y que no fueron incluidos por Esping-Andersen en su tipología original podrían encajar en ella. Se trata de países de otras partes del planeta como algunos del mundo islámico, África, América Latina, India y las economías altamente industrializadas del Este asiático (Corea del Sur, Taiwán, Singapur o Hong-Kong, Esping-Andersen incorpora Japón al régimen corporativista). Gough con su intento de reconceptualizar el paradigma de los regímenes de bienestar del Norte para tratar de comprender la naturaleza y diversidad de las políticas del Sur, abrió el camino para el reconocimiento de nuevos regímenes de Bienestar.

c) Gestión descentralizada (planificación regional y centralidad de los municipios en la gestión de los servicios y prestaciones), apoyada en un sector privado con un papel destacado (sustitución creciente de la prestación de servicios públicos del Estado por la prestación por parte de empresas y el tercer sector); y

d) Creciente importancia de la persona afectada y de su familia en la elección de la combinación de prestaciones sociales más adecuada a sus necesidades dentro de los límites financieros que imponen las legislaciones nacionales sobre atención a la dependencia.

No obstante, para comprender cómo son los diferentes sistemas de CLD no hay que olvidar que éstos forman parte y se han desarrollado a partir de los diferentes modelos de Estado del Bienestar. Es decir, es necesario vincular la definición actual de los programas de atención a la dependencia con su evolución histórica. Por lo tanto un análisis comparado de los sistemas de atención a la dependencia que quiera dar cuenta de la complejidad de estas políticas debe tener en cuenta la evolución diacrónica en el contexto de la evolución de los Estados del Bienestar (Arriba y Moreno, 2009a). De esta forma ponemos el análisis en los antecedentes/determinantes de los programas existentes en cada país. Este enfoque, de carácter neo-institucionalista, vincula las tipologías sobre modelos de regímenes de bienestar a las tradiciones nacionales de política social, lo que se conoce como “path dependency” o “dependencia de la senda” (Pierson, 1994; Starke, et alia, 2013)

Así, para profundizar en el conocimiento de los diferentes modelos es posible utilizar las aproximaciones macro que proporcionan las tipologías de los modelos y regímenes de bienestar desarrollados originariamente por Esping-Andersen (1993, 2000) y de la gran capacidad de comprensión y comparación que éstas nos proporcionan, pues incluso 25 años de después de su formulación siguen siendo el paradigma de referencia para este tipo de estudios (Emmenegge et alia 2015).

3.3.1. Modelos de cuidados de Larga duración

En el caso europeo y en América del Norte (Estados Unidos y Canadá), al que podemos añadir Japón, existe una tradición de la protección social y, concretamente, de servicios de largo duración para personas adultas mayores con dependencia que sigue, en líneas generales, las tres grandes corrientes definidas originariamente por Esping-Andersen (1993), a las que cabría añadir un modelo característico del sur de Europa, conocido como modelo Mediterráneo (Ferrera, 1996), que el propio Esping-Andersen incorporó a sus análisis (Esping-Andersen, 2000).

Cuadro 3.4. Síntesis de las características de los modelos de CLD en los principales regímenes del Estado del Bienestar

MODELOS / Características	LIBERAL	NÓRDICO	CORPORATIVO	MEDITERRÁNEO
Países	Reino Unido, Irlanda, Canadá, EEUU	Suecia, Finlandia, Dinamarca	Austria, Alemania, Japón, Luxemburgo, Francia, Holanda, Bélgica	España, Italia, Portugal
Derecho social a la protección social de la dependencia	Derecho mixto: universal en atención sanitaria y protección asistencial en servicios sociales. Preferencia personas en grave dependencia sin recursos	Derecho universal	Derecho universal con dos niveles: contributivo y no contributivo	Derecho mixto: universal en atención sanitaria y asistencial en servicios sociales. Transición hacia cobertura universal
Financiación	Impuestos y copago en servicios sociales para los que exceden un nivel de renta	Impuestos generales y locales; copago	Cotizaciones en el nivel contributivo; impuestos en el nivel no contributivo; copago en la prestación de servicios	Impuestos generales, cotizaciones y copago para los que exceden un nivel de renta
Prestaciones sociales	Servicios y ayudas monetarias. Ayudas técnicas	Servicios sociales y ayudas técnicas.	Servicios y prestaciones monetarias topadas. Ayudas técnicas	Prestaciones monetarias topadas, servicios sociales y ayudas técnicas
Responsabilidad de organización y gestión	Municipal	Municipal	Seguridad Social, regiones y municipios	Regional y municipal
Provisión de servicios según importancia	Empresas, ONGs y ayuntamientos	Ayuntamientos y creciente importancia de empresas	ONGs y empresas, papel residual de ayuntamientos en modelo alemán	Ayuntamientos, ONGs y creciente importancia de empresas
Políticas de apoyo al cuidado informal	Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual	Apoya y sustituye a la familia cuidadora	Amplio apoyo al cuidador informal	Limitado apoyo al cuidador informal

Fuente: Elaboración propia a partir de Marban (2013)

Con este enfoque, sobre los trabajos de Arriba y Moreno (2009a, 2009b), Gascón y Redondo (2014), Rodríguez y Marbán (2013b), Rodríguez, (2011), Vaquerizo et alia (2011) es posible caracterizar los diferentes modelos. Una síntesis de los principales rasgos de los diferentes regímenes de Bienestar se recoge en el cuadro 3.4.

Modelo Nórdico

A este modelo, también llamado socialdemócrata, pertenecen Suecia, Finlandia y Dinamarca. Estos países no sólo se encuentran entre los que más han desarrollado tradicionalmente este tipo de políticas, sino que durante los últimos años han aumentado de manera considerable los recursos destinados a las mismas.

En los países nórdicos los servicios de protección ofrecen prestaciones universales según el nivel de dependencia y tienen en cuenta la situación económica de los usuarios para establecer copagos. El sistema, esencialmente prestador de servicios, apoya y sustituye a la familia cuidadora. Tiene tendencia a municipalizarse y las prestaciones que antes eran monopolizadas por el Estado se inclinan actualmente a incluir la competencia del sector privado, con o sin fines de lucro. El modelo de protección universal es el más costoso, con un gasto cercano al 2% de su PIB sin embargo garantiza la cobertura integral de todos los ciudadanos con necesidad de asistencia Karlsson et alia (2010).

Modelo Corporativo

Dentro de ese régimen podemos integrar a Alemania, Austria, Japón, Luxemburgo, Francia, Holanda y Bélgica. Los regímenes de bienestar corporativo o corporatista³⁰, en buena medida vinculados a sistemas contributivos de seguridad social, han desarrollado mecanismos de aseguramiento ante situaciones de dependencia con un

³⁰ Aunque la mayoría de las referencias hablan de régimen corporativo, quizás haya que denominarlo corporatista, para diferenciar este tipo de régimen en la que existe una presencia muy organizada de actores sociales que juegan un papel muy relevante, pero no son modelos corporativos tradicionales típicos de los regímenes autoritarios. Para una descripción más clara de este concepto y su relación con la conformación de los Estados del Bienestar ver Pérez Yruela, y Giner (1985) y Pérez Yruela (1996).

grado de cobertura relativamente amplio. Se reconoce el derecho subjetivo a la protección de la dependencia, con independencia de la situación económica del beneficiario o de la capacidad de la familia para proporcionar apoyo, aunque por su tradición de Seguridad Social, es un derecho universal con dos niveles; un nivel contributivo y otro no contributivo. El nivel contributivo, se financia con cotizaciones a la seguridad social de los trabajadores activos y, en algunos países, con las de empresarios y de los propios jubilados o pensionados. El nivel no contributivo se nutre de impuestos para cubrir a sectores no contemplados por las prestaciones contributivas o para asistir en el equilibrio presupuestario del sistema cuando los gastos superan los ingresos del fondo específico. Además hay copago en la prestación de servicios.

La situación de dependencia se mide en diferentes grados y se otorgan servicios o prestaciones monetarias limitadas según el nivel de discapacidad en el que califica la persona. También hay un amplio apoyo al cuidador informal, mediante ayudas monetarias y servicios a los cuidadores familiares.

Es un modelo descentralizado de organización y gestión, en el que participan la Seguridad Social, las administraciones territoriales, Estados o Regiones y Municipios. La prestación efectiva se realiza por organizaciones de la sociedad civil y empresas con un papel residual de ayuntamientos en el modelo alemán.

Modelo liberal

Puede incluirse dentro de este régimen a Reino Unido, Irlanda, EEUU y Canadá. El régimen de bienestar liberal se caracteriza por un escaso gasto público en el ámbito de la dependencia, así como por un alto grado de subsidiariedad en el papel de las administraciones públicas. Puede decirse que el derecho social a la protección social de la dependencia es un derecho mixto: universal en atención sanitaria y protección asistencial en servicios sociales, con preferencia para personas sin recursos en grave

situación de dependencia. En general tiene un apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual.

Se financia mediante impuestos y copago en servicios sociales para los que exceden un nivel de renta. A los municipios les corresponde la responsabilidad de organización y gestión, aunque el protagonismo de la prestación de los servicios corresponde a empresas privadas y, en menor medida, a ONGs y los ayuntamientos.

Los Estados Unidos representan un caso particular que se puede incluir en la tradición pública asistencial, aunque formalmente las prestaciones para la dependencia están incluidas en la Ley de Seguridad Social (Social Security Act). En ese país los CLD para personas con dependencia son contratados privadamente por los usuarios, debido a que están excluidos de la cobertura médica de MEDICARE, organismo de la seguridad social que cubre a las personas mayores de 65 años. Sin embargo, si los usuarios se empobrecen a causa de estos gastos o son personas con recursos económicos insuficientes, los cuidados de tiempo prolongado los financia MEDICAID, otro organismo de la seguridad social que tiene a su cargo la cobertura de salud de grupos definidos de población pobre. La principal diferencia con los modelos públicos de tipo asistencial europeo es que los servicios de MEDICAID son comprehensivos, es decir, abarcan tanto servicios institucionales como de base comunitaria, incluyendo servicios en domicilio (IMSERO, 2004).

En el caso de Canadá, aunque comparte rasgos básicos de este régimen liberal, por la amplitud y profundidad del sistema de CLD, se aproxima al modelo nórdico (Hébert, 2012).

Modelo Mediterráneo

Este modelo, también denominado católico (Abrahamson, 1995), incluye España, Italia y Portugal. Puede decirse que la protección social de la dependencia es un derecho en transición hacia cobertura universal, al menos en España e Italia que han

reformado sus sistemas, a partir de un derecho mixto: universal en atención sanitaria y asistencial en servicios sociales.

Son sistemas que parten de situaciones caracterizadas por un raquítico desarrollo de los programas de atención a la dependencia, así como por una relativamente lenta expansión de este tipo de programas a pesar de la acuciante demanda derivada de las transformaciones sociodemográficas (Sarasa, 2005). Siguen la tradición asistencialista de carácter público, que presta servicios básicos limitados a personas con dependencia sin recursos económicos, por eso, en sus prestaciones tienen mucha importancia las prestaciones monetarias, más que los servicios sociales y ayudas técnicas, con un limitado apoyo al cuidador informal.

Su financiación se realiza mediante impuestos generales, cotizaciones y copago para los que exceden un nivel de renta. La responsabilidad de la organización y gestión es Regional y Municipal, con un marcado protagonismo en la provisión de servicios de los Ayuntamientos, ONGs y una creciente importancia de empresas.

3.2.2 La Convergencia de modelos: Rasgos comunes

Uno de los debates más intensos entre los investigadores de las políticas de atención a la dependencia es el acercamiento de modelos entre distintos países. Así, algunos autores afirman que a pesar de partir de situaciones diferentes en cuanto al grado de desarrollo de CLD, con estructuras institucionales, organizativas y financiación muy diferentes, la necesidades de afrontar retos, en buena medida comunes, habría propiciado un proceso de relativa convergencia en materia de protección social a la dependencia en la Unión Europea (Pacolet, 2009).

Para otros autores como Sarasa (2005) sin embargo, y más allá de la existencia de determinadas transformaciones que, derivadas de los retos comunes, parecerían estar aconteciendo de manera simultánea en distintos países, los rasgos generales de cada modelo persistirían determinando la respuesta finalmente dada a dichos retos e impidiendo ese proceso de convergencia.

Otros, como Österle (2009), analizan la evolución del grado de implicación pública en el ámbito de los cuidados de larga duración y las principales tendencias en los enfoques de política social más recientes, y concluye que las tendencias convergentes son claras. El autor señala que, aunque persisten grandes diferencias entre países en el modo de abordar las crecientes demandas en este ámbito de políticas, especialmente sobre la responsabilidad de la provisión de los cuidados de larga duración, se ha producido una clara convergencia hacia la idea de que ésta deber ser compartida entre los actores públicos y la sociedad civil.

En esta línea de la convergencia, Arriba y Moreno (2009b, 21-22), concluyen que mientras los países nórdicos habrían ampliado en los últimos treinta años su red protectora de la dependencia como extensión de las redes universales de servicios socio-sanitarios, los países del llamado modelo continental se habrían incorporado gradualmente a la acción protectora, avanzando en la implantación de una lógica universalizadora que supera el tradicional asistencialismo de los modelos de seguridad social y en la que los servicios sociales habrían adquirido un peso central. En el llamado modelo liberal de raíz anglosajona, por su parte, estaría bloqueada la superación de la naturaleza asistencial de los CLD a causa de la tradición de un “ethos” del bienestar que considera al individuo como el principal responsable de su propio bienestar individual y en el que la sociedad juega, por tanto, un papel residual. Esta situación hace que el mercado sea el principal proveedor de servicios de cuidado. Finalmente, los países del sur de Europa estarían afrontando dicha transición partiendo de sistemas de protección asistencial basados en la solidaridad de la familia, y evolucionando gradualmente hacia modelos de tipo universalista, siendo los casos de España e Italia, con su relativamente reciente reforma de los sistemas de CLD, buen ejemplo de esta tendencia.

Las implicaciones de dichas tendencias sobre los diferentes regímenes de bienestar permitirían señalar cómo el modelo nórdico trata de recuperar y reforzar la responsabilidad familiar, al tiempo que el modelo continental trata de mantener la implicación de la familia en la atención a sus dependientes mediante ayudas al

cuidador/a, y el modelo mediterráneo, se encontraría en un momento de transición hacia nuevas formas de implicación pública que complementen el debilitado sistema basado fundamentalmente en los cuidados familiares e informales.

El principal obstáculo a la hora de desarrollar este ámbito de políticas es de índole financiera. En un contexto de recorte presupuestario y de reducción de los recursos públicos, resulta difícil avanzar en una política en la que es difícil evaluar el coste³¹ de antemano a pesar de la multiplicación de estimaciones de organismo públicos e investigadores y del consenso sobre la urgencia, de dar respuesta a la presión demográfica y a la inadecuación de los sistemas de provisión de cuidado existentes (Österle, 2009).

A partir de Rodríguez y Marbán (2013), es posible sintetizar cuáles son las tendencias europeas de reforma de los sistemas de CLD. Reformas en las que subyace la preocupación por control del gasto y el equilibrio de las finanzas públicas que la crisis no ha hecho sino acentuar. Estas pueden resumirse en:

1. Prioridad protectora a los niveles más graves de dependencia;
2. Preocupación y priorización de las medidas de gasto público.
3. Fomento de la libertad de elección entre prestaciones sociales, lo que ha contribuido al desplazamiento de los servicios públicos por el cheque servicio o la prestación al cuidador informal;
4. Esto ha determinado un mayor peso de la gestión privada y la preeminencia de las prestaciones económicas frente a los servicios.
5. Fomento de la fiscalidad como vía que complementa las prestaciones públicas.

Estas reformas han traído aparejadas la refamiliarización y refeminización de los procesos de cuidados personales, la concentración de recursos en las dependencias

³¹ Un ejemplo de esto es el caso de España donde la memoria económica de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, basada en las estimaciones del Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2004), previó un coste en 2015 que ya fue superado en 2010 –lo superó en todos los años previos- a pesar de que el sistema no se desarrolló conforme a los plazos establecido.

más graves y en los colectivos sin recursos y una remercantilización, dando mayor protagonismo a la gestión privada.

El análisis de estos procesos pone de manifiesto que se ha producido la convergencia de sistemas, aún cuando subsistan diferencias significativas, fruto de las trayectorias de cada Estado del Bienestar. Siguiendo a Marbán (2013), podemos señalar como rasgos comunes de los modelos de CLD:

- Diseño en base a un sistema de cobertura universal de derecho subjetivo.
- No sustituyen a la familia.
- Hay una prioridad de los cuidados de larga duración domiciliarios.
- Sistema público de regulación y financiación (parcial)
- Los usuarios participan en la financiación del sistema, pues las personas con ingresos monetarios por encima de un nivel establecido efectúan copagos. Además, se establecen límites en las prestaciones y las personas que desean recibir más o mejores servicios deben pagarlos o contratarlos al sector privado.
- La oferta de servicios es de responsabilidad pública aunque la provisión de cuidados es mixta: sector público, sector privado, tercer sector, aunque con pesos muy diferentes según los regímenes.
- Con gestión pública y privada
- Coordinación de los servicios sanitarios y sociales.
- Son modelos descentralizados.
- El nivel central de gobierno regula el sistema, -ejerce una coordinación “blanda” y garantiza unas prestaciones mínimas para las que asume la financiación.
- Las administraciones territoriales (estados federados, regiones, comunidades autónomas, länder, cantones, etc y/o municipios) asumen la operativa del sistema: planifican la oferta, valoran el grado de dependencia, gestionan las prestaciones y conciertan la prestación de servicios con el sector privado, tanto mercantil como sin fin de lucro.

3.4. Los cuidados de larga duración, perspectivas de futuro

A lo largo de los apartados anteriores se ha puesto de manifiesto la creciente presión que existe sobre los sistemas de CLD, los factores que la han provocado y los riesgos que supone esta situación. En este apartado intentaremos dimensionar el reto al que nos enfrentamos. De forma particular, insistiremos en el reto económico-financiero que van a suponer los gastos del sistema a partir de las estimaciones realizadas por o al amparo de los organismos internacionales, OECD y la Comisión Europea, especialmente interesante son las de esta última por sus proyecciones, recientemente actualizadas, a 2060.

Como síntesis de lo expuesto, podemos decir que la atención a largo plazo se enfrenta principalmente a tres desafíos relacionados de forma simultánea (CE y SPC, 2014, 5):

- (a) Aumento de las necesidades: en las próximas décadas el número de personas demandantes de CLD crecerá de forma intensa en la UE;
- (b) Disminución significativa de los cuidadores informales: reducción del número de personas en edad de trabajar y de los cambios sociales;
- (c) Presión de la generación, "baby boom" para asegurar la calidad de la atención.

Según esto, existe un riesgo real de que los sistemas actuales de CLD se vean desbordados por la brecha entre necesidades y servicios disponibles. A pesar de ello todavía no se termina de reaccionar para darle el mismo tratamiento y prioridad que al cuidado de la salud (CE y SPC, 2014, 8).

3.4.1. Población, dependientes y cuidadores: perspectivas de futuro

En el caso de la UE, el envejecimiento de la población es común a los Estados miembros. Todos los países de la UE asistirán a importantes aumentos de la población de 65 años y más de 80 años de edad (Cuadro 3.5). La esperanza de vida está aumentando y las cohortes del "baby boom" se están uniendo a las filas de las

personas mayores. Según la última estimación sobre envejecimiento y sus repercusiones económicas de la Comisión Europea (EC, 2015), el número de personas de más 65 años crecerá hasta alcanzar un máximo de 28,4% de la población total en 2030, mientras que el número y peso de las personas mayores de 80 años aumentará de forma intensa, especialmente partir esa fecha, hasta duplicar su peso en 2060. En algunos países, incluido España, casi se triplicará. El resultado es que en 2060, más del 40% de la población europea mayor de 65 tendrá 80 años o más. En el caso de España, casi el 50%.

Cuadro 3.5. Proyecciones de evolución de la población mayor de 65 años en porcentaje del total en distintos países de la UE. 2013-2060

	% Mayores de 65			% Mayores de 80			% May 80/ May 65		
	2013	2030	2060	2013	2030	2060	2013	2030	2060
Alemania	21,0	28,1	32,3	5,5	8,2	13,4	26,3	29,2	41,5
España	17,9	25,3	30,0	5,6	7,7	14,9	31,1	30,3	49,7
Francia	17,8	23,2	24,8	5,7	7,5	10,6	32,0	32,1	42,6
Italia	21,2	25,3	30,0	6,3	8,1	13,1	29,8	31,9	43,8
Suecia	19,3	21,5	24,2	5,2	7,2	8,9	26,9	33,5	36,8
Reino Unido	17,3	21,4	24,8	4,7	6,6	9,5	27,1	30,8	38,2
EU28	18,4	24,1	28,4	5,1	7,2	11,8	27,8	29,9	41,6
EA	19,2	25,1	28,9	5,5	7,6	12,5	28,8	30,4	43,2

Fuente: Elaboración propia a partir de EC (2015)

El aumento de la esperanza de vida de las personas de 65 años de edad lleva asociado un incremento del tiempo en el que sufren padecimientos crónicos. Según los datos de la Comisión Europea (EC y EPC, 2014), un elevado porcentaje de las personas entre 65 y 74 años presenta severas limitaciones para desarrollar las actividades diarias. En

el Reino Unido o Alemania esta cifra alcanza el 15% (cuadro 3.6). España, a pesar de su creciente envejecimiento es de los países con porcentajes más bajos, el 7,8%. Para los mayores de 80 años, estos porcentajes se incrementan de forma sustantiva pero si además añadimos a las personas que tienen una moderada limitación el porcentaje se dispara a más del 60%, incluso por encima del 70% en Italia y Alemania. Solo permanecen por debajo del 50% en Suecia y Reino Unido.

Cuadro 3.6. Porcentaje de población según limitación de las actividades cotidianas, agrupado en personas de 65 a 74 años y a partir de 75 años, datos 2011

	65-74 años			65-74 años		
	Limitaciones parciales	Grandes limitaciones	TOTAL	Limitaciones parciales	Grandes limitaciones	TOTAL
Alemania	38,2%	14,8%	53,0%	45,1%	27,0%	72,1%
España	33,3%	7,8%	41,1%	43,8%	20,1%	63,9%
Francia	25,3%	13,3%	38,6%	34,7%	29,2%	63,9%
Italia	36,1%	14,5%	50,6%	43,0%	31,0%	74,0%
Reino Unido	20,3%	15,8%	36,1%	23,5%	22,7%	46,2%
Suecia	12,2%	8,4%	20,6%	18,0%	14,6%	32,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat database (2013)

La evidencia internacional sugiere que la salud puede seguir mejorando, a medida que avanzan los conocimientos médicos y la tecnología, lo que puede llevar a una reducción de la prevalencia de discapacidad grave y la dependencia de algunos grupos de edad (CE y SPC 2014, 31). No obstante, estudios como los de Lafortune y Balestat (2007,53) ponen de manifiesto que aunque hay indicios de una disminución de la discapacidad severa en algunos países, éstos no son concluyentes como para poder afirmar que la incidencia de los niveles de discapacidad se puedan reducir. Por otra parte, algunas causas de dependencia que están fuertemente relacionadas con la edad, pueden llegar a ser más prominentes, como las enfermedades mentales o la demencia (enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson).

Cuadro 3.7. Descripción de los distintos escenarios de estimación del número de dependientes y de su coste de atención en Europa en el horizonte 2060

Escenarios (*)	Descripción
Demográfico	Se refleja la evolución de la población, mientras se mantiene constante la distribución según tipo de cuidados.
Discapacidad constante	Refleja una evolución de la población dependiente en la que el incremento de esperanza de vida no se traduce en un incremento de la dependencia, sino que la tasa permanece constante aunque se amplie el número de años.
Elevada esperanza de vida	Supone que la esperanza de vida será mayor para todas las edades que en el escenario de referencia.
AWG de referencia (**)	Es un escenario que combina el escenario demográfico y el de discapacidad constante, pues supone que el 50% del incremento de esperanza de vida es sin discapacidad
Escenario Base	El cálculo de la evolución del coste se realiza con el PIB por trabajador y no con el PIB per cápita como en el resto de estimaciones.
Cambio del 1% de cuidado informal a formal	Este escenario supone que durante los diez primeros años del período se va a producir cada año un trasvase del 1% desde el cuidado informal al formal.
Convergencia en la cobertura formal	El escenario supone que los países que en el año base están por debajo de la media en atención formal a los dependientes, convergen a la media en 2060.
Convergencia en costes	En este caso la convergencia se produce hacia el coste como porcentaje del PIBpc.
Convergencia en la cobertura formal y en costes	Este escenario combina los dos anteriores.
AWG con riesgo	Este escenario combina los escenarios AWG de referencia y el de la convergencia en cobertura y costes, y por tanto intenta combinar factores demográficos y de estructura y coste de atención.
Riesgo de la productividad total de los factores	Supone un alteración de los supuestos del Escenario base de AWG, pasando de suponer que el crecimiento total de los factores converge a 1% a hacerlo a un 0,8 %.

(*) Para una descripción más detallada ver *The 2015 Ageint Report, EC (2015), (pp 149-152)*.

(**) Recibe este nombre porque es el escenario que sirve de referencia para la vigilancia presupuestaria multilateral en UE, y es elaborado por el Grupo de Trabajo sobre el Envejecimiento, *Ageing Working Group (AWG)*

Fuente: *Elaboración propia a partir de EC (2015)*

Las estimaciones de la Comisión Europea (EC, 2015), ponen de manifiesto que la población dependiente va a seguir creciendo (cuadros 3.7 y 3.8). Según los escenarios recogidos en el cuadro 3.8, la población dependiente va a experimentar un intenso crecimiento en el horizonte del 2060, superior al 20% en los tres casos, con un máximo del 40% en el escenario demográfico por la simple evolución de la población, sin considerar cambios en las tasas de prevalencia de la dependencia.

Cuadro 3.8. Estimación del número de personas dependientes en el horizonte de 2060 según distintos escenarios

	Miles 2013	ESCENARIO DEMOGRÁFICO PURO		ESCENARIO AWG (*)		ESCENARIO DISCAPACIDAD CONSTANTE	
		Miles 2060	% Increm.	Miles 2060	% Increm.	Miles 2060	% Increm.
Alemania	7.395	8.181	10,6%	7.562	2,3%	7.079	-4,3%
España	2.452	3.970	61,9%	3.706	51,1%	3.453	40,8%
Francia	5.826	8.608	47,8%	8.120	39,4%	7.693	32,0%
Italia	4.566	6.886	50,8%	6.437	41,0%	5.993	31,3%
Suecia	620	1.004	62,0%	929	50,0%	889	43,4%
Reino Unido	5.473	8.145	48,8%	7.665	40,1%	7.223	32,0%
EU-28	39.708	55.737	40,4%	51.797	30,4%	48.332	21,7%
Zona Euro	26.893	37.184	38,3%	34.646	28,8%	32.406	20,5%

(*) Escenario que elabora el Ageint Working Group (AWG) de la Comisión Europea y que sirve de base para el seguimiento económico y financiero de los Estados Miembros

Fuente: Elaboración propia a partir de EC(2015)

Por países, con la excepción de Alemania que experimentará crecimientos moderados e incluso una disminución en el escenario de discapacidad constante, el resto de países presentan incrementos muy notables, particularmente en España, donde podría crecer entre un cuarenta y, un alarmante, 60%. Con estos datos la población dependiente, aunque descendería en relación a la población mayor de 65 años, dado el espectacular crecimiento que experimenta, se incrementaría respecto de la población total en tres

puntos, del 8 al 11%, (más de tres en el caso de España, hasta suponer un 8,7 % del total).

El análisis de esta evolución nos lleva a poner el acento en uno de los problemas más acuciantes en relación con la dependencia: la reducción de cuidadores informales. Y es que, tal y como refleja el cuadro 3.9, el cuidado informal (o la ausencia de cuidados) es mayoritario, salvo en el caso de Suecia. Si tenemos en cuenta, además, que mayoritariamente las personas beneficiarias de transferencias monetarias reciben cuidados de tipo informal, nos situamos en porcentajes abrumadoramente superiores al resto de modalidades de atención.

Cuadro 3.9. Distribución de los dependientes según tipo de atención que reciben (% sobre el total). 2013

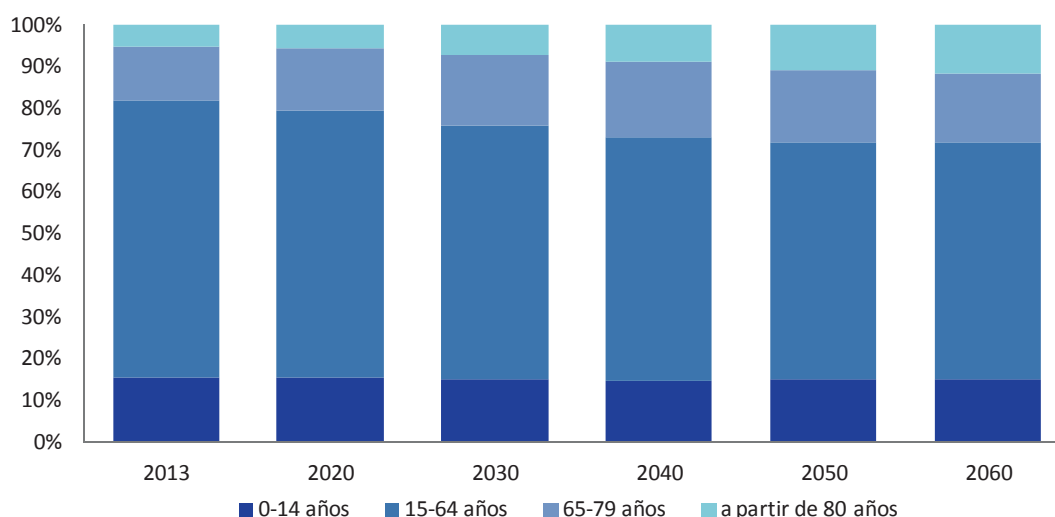
	Atención en una institución	Atención en el domicilio	Transferencias Monetarias	Atención informal o sin cuidado
Alemania	10,0%	4,7%	18,8%	66,5%
España	12,5%	28,2%	20,0%	39,2%
Francia	14,7%	18,7%	7,3%	59,3%
Italia	6,4%	16,5%	39,9%	37,1%
Reino Unido	4,4%	18,6%	27,6%	49,4%
Suecia	14,0%	33,0%	36,1%	16,6%
EU-28	12,5%	16,9%	25,6%	45,0%
Zona Euro b	12,5%	17,7%	21,6%	48,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de EC (2015)

En Europa la mayor parte de los cuidados informales es proporcionada por las personas en edad de trabajar (15-64 años de edad), el 66% del total de la población, es decir, 3,6 personas por cada mayor de 65 años. El gráfico 3.6 recoge la evolución de las principales franjas de edad correspondiente a la población de la UE-28 entre 2013-2060. Estas proyecciones sugieren que para el año 2030, habrá sólo 2,6 personas de 15-64 años de edad por cada persona mayor de 65 años de edad; situándose en 2,0 en

2060. En España esta evolución será más intensa pasando de 3,7 a 1,8, alcanzando un mínimo en 2050 del 1,6.

Gráfico 3.6. Proyecciones de evolución de las principales franjas de edad de población de la UE-28. 2013-2060 (% sobre total de población)



Fuente: Elaboración propia a partir de EC (2015)

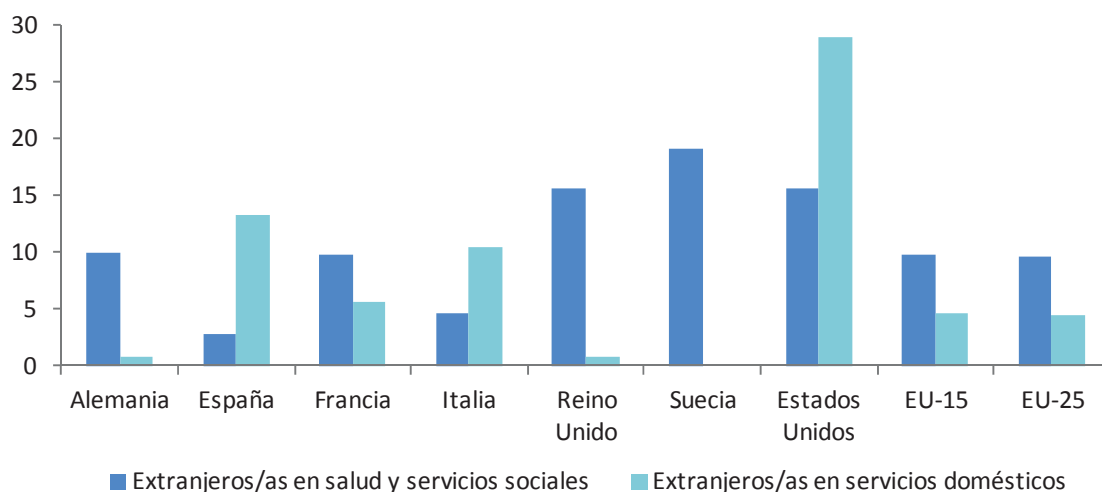
Además de los factores demográficos, tenemos que considerar aquéllos relacionados con los cambios sociales que han alterado la estructura familiar.

En Europa la tasa de matrimonios ha ido disminuyendo de 7,9 matrimonios a 4,4 matrimonios por cada 1,000 habitantes entre 1970 y 2010 mientras que la tasa de divorcios ha aumentado de 1,0 a 1,9 divorcios por cada mil habitantes entre 1970 y 2.009), en particular entre las personas mayores (EC y SPC , 2014). Siendo así, hay menos personas que puedan apoyarse en los cónyuges para el cuidado informal. Tampoco parece que este apoyo pueda venir de los descendientes. Dado que la tasa de fecundidad en la Unión Europea al inicio de la década anterior era de 1,46 nacimientos por mujer, muy por debajo del 2,1 que se considera el nivel de reemplazo. Después de una ligera recuperación hasta los 1,59 nacimientos por mujer en 2009, ha vuelto a caer impulsada por la crisis económica. Si bien, las previsiones apuntan a un ligero crecimiento en el horizonte 2060, en ningún escenario, en ningún país y en ningún año se alcanzará dicha tasa de reemplazo (EC, 2015)

Por otra parte, aunque la población joven tiende a vivir con sus ascendientes durante más tiempo, este periodo es coincidente con la etapa en la que éstos gozan, por lo general, de buena salud. Cuando los descendientes abandonan el hogar familiar tienden a vivir más lejos, por lo que el cuidando todos los días se vuelve impracticable.

Los cambios económicos, especialmente la precarización y la incorporación de la mujer al mundo laboral, como hemos visto, están contribuyendo también a la restricción en el suministro de cuidadores informales. Cada vez más mujeres optan a trabajos remunerados y ostentan el papel de sostén de la familia (familias monoparentales y modelos de doble carrera y doble sueldo y extensión de la edad de jubilación) lo que limita la prestación de cuidados no remunerados en el hogar.

Gráfico 3.7. Empleos de extranjeros en Salud y otros servicios sociales y hogares en % sobre el total del empleo extranjero. Promedio 2005-2006



Fuente: Elaboración propia a partir Colombo et alia (2011)

Estas tendencias demográficas y sociales tendrán graves consecuencias también para la oferta de cuidadores remunerados. La competencia por la mano de obra, como refleja el aumento de las cuidadoras inmigrantes, hará que sea más difícil atraer a cuidadores adicionales, en cantidad suficiente, para mantener el ritmo de crecimiento de las necesidades de atención. No hay olvidar que la contratación de inmigrantes no es una cuestión exenta de complejidad, aunque se haga de forma habitual. Tal y como refleja el gráfico 3.7, el peso en distintos países de la OCDE del

empleo de extranjeros tanto en servicios de salud como domésticos, donde se lleva a cabo gran parte de los CLD, es muy elevado. Para elevar el número de oferentes en el sector se deberán mejorar las condiciones de trabajo e incrementar las retribuciones, lo que elevará los costes unitarios de la atención. Esto, probablemente incrementará los esfuerzos para reclutar trabajadores inactivos, lo que es una oportunidad laboral, pero, lógicamente, supondrá reclutar cuidadores informales para el sector formal (CE y SPC 2014, 33).

3.4.2. El coste de los Cuidados de Larga Duración: proyecciones de futuro

La acumulación de factores hace más que previsible un incremento importante del coste de la atención a medio y largo plazo (ver gráfico 3.8, donde se recoge una síntesis de los factores determinantes del coste de los cuidados de larga duración). Uno de los retos es garantizar la sostenibilidad financiera en el marco de una respuesta adecuada, lo que hace extraordinariamente interesante estudiar cómo puede evolucionar el gasto de los CLD.

Gráfico 3.8 Síntesis factores determinantes del coste de los Cuidados de Larga Duración



Fuente: Tomado de Maisonneuve y Oliveirar (2015)

El estudio de esta evolución es posible gracias a las recientes estimaciones de la Comisión Europea, ya utilizadas para el análisis de la población dependiente, en las que se recogen distintos escenarios que pretenden poner de manifiesto la incidencia de los distintos determinantes en la evolución del gasto en CLD hasta 2060. En el cuadro 3.10, se recogen algunos de los escenarios descritos en el cuadro 3.7.³²

De acuerdo con los distintos escenarios el gasto público en CLD de la UE recogidos en el cuadro 3.10, éste podría hasta triplicarse entre 2013 y 2060, pasando del 1,6 al 4,3% del PIB en el escenario más pesimista o crecer casi un 70%, pasando del 1,6 al 2,7%, en el más optimista. Es evidente que una horquilla que oscila entre el 69 y el 168% evidencia un crecimiento muy intenso.

Cuadro 3.10. Escenarios de gasto público en atención a la dependencia en la UE-28 y diferentes países el horizonte 2060 (datos en % del PIB 2060, basados en 2013)

	AÑO 2013	ESCENARIOS DEMOGRÁFICOS Y TASAS DE DEPENDENCIA		ESCENARIOS DE CONVERGENCIA			CAMBIO HACIA LA COBERTURA FORMAL DEL 1% ANUAL	ESCENARIOS AWG	
		DEMOGRÁFICO PURO	DISCAPACIDAD CONSTANTE	EN LA COBERTURA FORMAL	EN EL COSTE	EN LA COBERTURA Y EN EL COSTE		DE REFERENCIA	DE RIESGO
Alemania	1,4	2,8	2,7	4,0	3,6	4,8	4,1	2,9	4,5
España	1,0	2,6	2,3	3,1	3,3	4,1	2,8	2,4	3,9
Francia	2,0	2,9	2,7	4,8	2,9	4,9	3,6	2,8	4,7
Italia	1,8	2,8	2,5	3,1	2,8	3,1	3,4	2,7	2,9
Suecia	3,6	5,2	4,9	7,4	6,0	8,0	6,6	5,1	7,5
Reino Unido	1,2	1,6	1,4	1,8	2,2	2,4	2,2	1,5	2,3
EU-28	1,6	2,8	2,6	3,6	3,5	4,3	3,6	2,7	4,1
Area Euro	1,7	3,0	2,8	4,0	3,6	4,6	3,8	3,0	4,3

(*) En los cálculos del escenario de atención completa no se incluyen Suecia y Reino Unido por haber ya alcanzado en 2007 cobertura teórica completa.

Fuente: Elaboración propia a partir de EC (2015)

Es interesante observar cómo los escenarios más conservadores son de base demográfica, las dos demográficas y la AWG de referencia. Cuando se introducen

³² Para la totalidad de los escenarios ver EC (2015), donde también se recoge un anexo estadístico con datos por países.

elementos de cambio en la oferta, bien por el tipo de cobertura o por el coste, o algún cambio en el escenario de referencia, las estimaciones se disparan. Esto significa que independientemente de la evolución demográfica existe una fuerte presión sobre el gasto en la medida en que el sistema de atención tendrá que adaptarse a las nuevas circunstancias socioeconómicas. De hecho, una más que probable convergencia en el tipo de oferta y costes sitúa el crecimiento del gasto en niveles elevados para el conjunto de LA UE-28, y más aún para los países de la zona euro. Suecia, país representativo del modelo nórdico de CLD, es el que registra las previsiones de gasto más altas, reflejo de un sistema con una amplia cobertura de cuidados formales, con ratios del 3,6% PIB en 2013, más del doble que la media de la UE o de la Zona Euro. En el extremo opuesto se encuentra el Reino Unido, cuyo régimen liberal de cuidados presenta un bajo gasto público y unos niveles futuros sustancialmente menores. Aun así, hay escenarios que plantean que el gasto se duplicará en porcentaje del PIB. Francia y Alemania partiendo de niveles relativamente bajos de gasto en 2013 podrían experimentar un fuerte crecimiento que obliga a repensar sus actuales modelos de atención. Italia y España, comparten su pertenencia al régimen mediterráneo de cuidados pero sus trayectorias son hasta cierto punto diferentes. En Italia se observa una evolución más moderada que en España, donde el envejecimiento y la consolidación del Sistema de Atención a la Dependencia favorecen un mayor crecimiento de gasto. De hecho, en el escenario de convergencia en cobertura y coste, el gasto en porcentaje del PIB se cuadruplicará hasta casi equipararse a lo que en estos momentos gastamos en educación, superándolo en 2060.

Esta evolución de los gastos es muy preocupante y lleva a preguntarnos, no sólo si los actuales sistemas pueden asumir esta presión, sino también de dónde saldrán los recursos necesarios - humanos y financieros – para afrontar este reto de la sostenibilidad. En este sentido, el diseño de políticas universales no impide la focalización de los beneficios y servicios en los que más lo necesitan, ayudando al principal desafío para los servicios y sistemas de cuidados de larga duración: garantizar que la financiación del sistema es sostenible en el largo plazo (Colombo 2011, 264).

Estas preguntas nos llevan al debate sobre universalidad y sostenibilidad, y a la necesidad de encontrar un equilibrio adecuado entre ellos, sobre la base de una adecuada combinación en tres ámbitos:

1. Las normas de evaluación y elegibilidad de la ayuda social;
2. La amplitud de los servicios cubiertos;
3. La profundidad de la cobertura, es decir el grado de participación en los costes.

En conclusión, este previsible incremento de gasto, solo añade el factor de sostenibilidad a los desafíos que enfrenta el suministro de CLD, donde el envejecimiento de la población va a implicar que (CE y SPC 2014, 30):

- El número de personas mayores crecerá rápidamente, generando un importante crecimiento de la demanda de cuidados a larga duración.
- El porcentaje de los muy ancianos crecerá con especial rapidez, cambiando la naturaleza y el aumento de la escala de dependencia de los cuidados a largo plazo para las condiciones específicas de la edad.
- La oferta de cuidadores potenciales, tanto formales como informales, se reducirá.
- La creciente población de personas mayores dependientes de los servicios de atención tendrán mayor expectativa que las generaciones anteriores de recibir una atención de buena calidad, que responda a sus deseos.
- Los gobiernos tendrán cada vez más dificultades para hacer una provisión pública suficiente de la atención que se necesita dentro de unos presupuestos públicos ya fuertemente presionados.
- Las demandas de responsabilidad pública para el gasto en atención aumentarán, al igual que las presiones sobre el sector de atención para mejorar la productividad y ofrecer más por menos.

Que los responsables políticos asuman el reto y que consideremos el gasto social en términos de capacidad de arrastre e inversión, no como un mero consumo, son los principales hándicaps que nos impone el futuro puesto que las necesidades de cuidados son evidentes y no van a desaparecer.

CAPÍTULO 4. CUIDADOS DE LARGA DURACION EN ESPAÑA: LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

España se incorpora relativamente tarde al conjunto de países que ha desarrollado un sistema de cuidados de larga duración (CLD) para atender a las personas dependientes. Su clara adscripción al régimen de bienestar mediterráneo (Esping-Andersen, 2000; Ferrera, 1996; Moreno, et alia, 2014), caracterizado por un bajo desarrollo de los servicios públicos, reducido gasto público social y enorme peso de la familia como proveedora de bienestar, favoreció este retraso. Como ya se ha puesto de manifiesto, salvo las pensiones contributivas, el resto de los principales pilares del Estado del Bienestar: educación, sanidad o pensiones no contributivas, se implantan en la década de los ochenta y primeros años noventa.

Por ello, no es hasta la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), cuando se crea un sistema que ofrezca una respuesta desde el sector público al problema de los CLD, a pesar de que el envejecimiento de la población y los profundos cambios sociales exigían una actuación que evitara la quiebra inminente del modelo tradicional de atención.

En otras palabras, un envejecimiento creciente y la práctica desaparición del tipo de familia europea propio del período posterior a la II Guerra mundial, en el que el padre aporta los ingresos y la madre ejerce de ama de casa, generan una fuerte presión sobre todos los regímenes del Estado del Bienestar, pero especialmente en aquellos, como el español, que se basan en la solidaridad familiar. En el momento en el que la ley se alumbra, ya no es tanto la familia (las mujeres) que cuidan a los familiares, sino que se recurre cada vez más a apoyo externo (tanto del mercado laboral formal como informal) ante la estrechez de la oferta pública de CLD.

La atención a las personas dependientes con anterioridad a la aprobación de la LAPAD correspondía a las CC.AA. en virtud de sus competencias en materia de servicios

sociales. Sin embargo, era necesario un avance estableciendo un sistema con vocación universal de carácter público, articulando las diferentes respuestas de atención y comprometiendo más fondos destinados a los CLD con el fin de afrontar la nueva realidad social española.

El sistema de CLD surgido de la LAPAD, aunque se inició con un retraso considerable en comparación con otros países de la UE, está lejos de estar bien asentada debido a las medidas de austeridad que truncaron su adecuada implementación (EC y SPC, 2014). No obstante, ha supuesto un salto considerable respecto al sistema tradicional.

A pesar de los claroscuros en su desarrollo y los perjuicios causados por los recortes aplicados en los últimos años, que estuvieron cerca de dinamitar el sistema, su propia supervivencia lo convierte en una historia de éxito. Simplemente en términos de recursos públicos, desde el 0,3% del PIB de gasto en 2003 que estimó el Libro Banco (IMSERSO, 2004) y el 1% que recoge la Comisión en su último informe sobre envejecimiento (EC; 2015), en diez años el gasto se ha multiplicado por tres.

En este capítulo, se estudia el sistema de CLD, analizando su diseño, cómo ha evolucionado el modelo, las prestaciones, su coste, su financiación y el impacto económico y sobre el empleo, para finalizar con las perspectivas de futuro, en especial, lo que se refiere al gasto público.

4.1. Los cuidados antes de la implantación de la ley de dependencia

Con anterioridad a la aprobación de la LAPAD, la atención a la dependencia no era una contingencia desconocida, si bien se trata de un modelo de provisión de cuidados “pluralista, familiar y multinivel, muy intensivo en cuidados familiares y con una insuficiente y desigual oferta y cobertura de servicios públicos, muy apoyada en servicios privados de responsabilidad pública” (Marbán, 2012).

Como parte del régimen de bienestar mediterráneo, las escasamente desarrolladas políticas de CLD en España constituían un híbrido del modelo corporativista y de

programas residuales de asistencia social (Moreno Fuentes, 2015, 64). De este modo, al igual que en otros países del régimen de bienestar mediterráneo, las familias españolas eran, y siguen siendo, las principales proveedoras de cuidados en este ámbito, lo que tradicionalmente había dejado a las administraciones del Estado un papel subsidiario, tanto en términos de financiación, como de prestación de servicios de atención a las personas con estas necesidades (Moreno Fuentes, 2015, 55).

Por tanto, hasta la llegada de la LAPAD, la intervención del Estado era residual y se estructuraba en torno a dos programas básicos en función de los destinatarios. En primer lugar, un sistema de aseguramiento social, fundamentalmente una prestación económica, para los trabajadores con necesidades de CLD causadas por accidentes laborales. En segundo lugar, un sistema de servicios sociales personales poco desarrollado, de carácter asistencialista y prestado por municipios y CC.AA., dirigido a los grupos sociales más vulnerables, personas ancianas dependientes y sin recursos económicos o redes de apoyo familiar (Montserrat, 2014).

Este sistema público, muy selectivo, basado en la comprobación de rentas y en las disponibilidades presupuestarias, beneficiaba tan sólo a una pequeña proporción de la población dependiente y se caracterizaba por la heterogeneidad del nivel de cobertura y de los servicios proporcionados. Esta baja cobertura provocaba que el soporte de la asistencia social en las familias se basara en la mujer/esposa. La creciente incorporación de las mujeres en el mercado laboral formal producía un efecto de sustitución, es decir las madres o esposas eran sustituidas por otros familiares femeninos o por trabajadores a domicilio, en su mayoría informales, para realizar estas tareas de asistencia social familiar (Moreno, 2006).

Es decir, un modelo de atención que dependía de la capacidad de las redes familiares para absorber e interiorizar las funciones de atención de sus miembros, fundamentalmente a través de las mujeres de la familia, con las consecuencias ya puestas de manifiesto sobre sus oportunidades de vida personal y profesional (Moreno Fuentes, 2015); y del uso de inmigrantes, sobre todo, mujeres indocumentadas, que permitió a las familias establecer soluciones económicamente

viables a las necesidades asistenciales de sus miembros, lo que Carrasco (2013,46) denomina *“cadenas mundiales de cuidado: mujeres pobres de países más pobres que emigran a cuidar a personas de países más ricos”*.

Tal y como señala Moreno (2006) se puede hablar de dos fases en la prestación de cuidados con anterioridad a la LAPAD. En una primera fase, se observa una transferencia de las responsabilidades de los cuidados personales de la ‘ama de casa’ a otros familiares femeninos, por ejemplo a la abuela en el cuidado infantil, y en otros ámbitos a otros familiares femeninos disponibles tales como las hermanas (substitución intrafamiliar). La segunda fase es la mercantilización informal de las prestaciones de asistencia personal recurriendo a la mano de obra de bajo coste de personas cuidadoras inmigrantes, lo que en muchos casos es equivalente al mercado laboral sumergido.

A pesar de las limitaciones y consecuencias de este modelo, su inclusión en la agenda política tiene poco más de una década. Como factores aceleradores de esta puesta en agenda pueden citarse, en primer lugar, la evolución demográfica, con un fuerte envejecimiento de la población que implica más demanda de cuidados; en segundo, un incremento de la tasa de actividad femenina, que en dos décadas (ochenta y noventa) pasó del 16% a más del 40%, y que ha continuado creciendo hasta sobrepasar la media de la UE. Esto supone una reducción de la oferta de cuidados informales, que se ha ido agravando con el tiempo ya que la tasa de actividad de las cohortes de mujeres de menor edad es mucho más elevada que las mayores, donde recae el grueso de los cuidados.

Como señala Marbán, (2012, 378) la introducción de la LAPAD no fue una reforma abrupta sino el resultado de las diferentes reformas sociales y factores de cambio acaecidos desde hace tres décadas. Sus antecedentes se han ido configurando a partir de una serie de hitos:

1. El punto de inflexión en la introducción del debate sobre una atención más integral, sociosanitaria y colectiva de la dependencia tiene lugar, a pesar de la

insuficiente dotación presupuestaria y una relativa falta de compromiso político, con la Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) de 1982 y, sobre todo, con la aprobación del Plan Gerontológico en 1992.

2. A nivel de las administraciones territoriales destacan, hasta la elaboración de la LAPAD, tanto las leyes autonómicas de servicios sociales como el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales desde 1988.
3. En el ámbito de la Seguridad Social, la Ley General de la Seguridad Social (Texto Refundido de 1994, TRLGSS) reguló la incapacidad permanente y la gran invalidez aplicadas a los trabajadores afectados por una incapacidad permanente. La Ley de Prestaciones no Contributivas (1990), por su parte, extendió los beneficios de la Seguridad Social a todas las personas sin recursos que por razones de edad, accidente o enfermedad, no pudiesen trabajar aunque no hubiesen cotizado lo suficiente para tener derecho a las pensiones y otras prestaciones de carácter contributivo.
4. Desde el ámbito sanitario, destacan la Ley General de Sanidad (1986), que universalizó la atención sanitaria, y la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que reguló por primera vez la llamada prestación socio-sanitaria en la que, se incluye prestación de CLD, atención sanitaria de la convalecencia y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable, por lo que fue un antecedente relevante para la LAPAD.
5. Por último, los beneficios fiscales (incluidos los de las CC.AA.) en el IRPF y las medidas de conciliación de la vida familiar y laboral incluidas en la Ley 39/1999 por las que se puede reclamar una reducción de jornada o una excedencia con reserva de puesto de trabajo para el cuidado de menores o personas adultas con enfermedades crónicas.

La aprobación de la LAPAD en el año 2006 se puede interpretar, siguiendo a Krüger y Jiménez E. (2013), como un intento de entrar en una tercera fase de la transferencia de responsabilidades de cuidado personal, en la que tiene lugar la profesionalización de los servicios en manos de entidades públicas o privadas, estimulando la expansión

del tercer sector. Ello implica intentar formalizar el mercado laboral sumergido, lo que lleva a aumentar los gastos asignados a asistencia social al asumir que la mano de obra en el mercado laboral formal es más cara que en el sumergido. A eso hay que añadir un aumento de gastos para los servicios personales por el simple hecho de que las necesidades de cuidados personales aumentan por el incremento de la esperanza de vida y el número de personas mayores. La LAPAD es, por lo tanto, una expresión de la voluntad política de cambiar la orientación del régimen de bienestar.

4.2. La ley de dependencia cuarto pilar del Estado del Bienestar en España

La LAPAD respondió a necesidades largamente demandadas por la sociedad española relacionadas, como hemos señalado reiteradamente, con dos hechos socio-demográficos fundamentales, por otra parte comunes a todos los países occidentales desarrollados y singularmente los de la Unión europea, como son el envejecimiento y los cambios en las estructuras familiares. La nueva situación reclamaba la creación de un marco estable regulador de los cuidados a las personas dependientes. Los diferentes enfoques hacia el acceso y la elegibilidad para los programas de cuidados de larga duración están relacionados con lógicas de «merecimiento» y de solidaridad que están profundamente enraizadas en el régimen de bienestar existente en cada país. En este sentido, la LAPAD es un proyecto para desarrollar el régimen de bienestar español cambiando las lógicas de las políticas de bienestar típicas de un régimen de bienestar mediterráneo (Camacho Rodríguez y Hernández, 2008),

Por eso, la Ley de Dependencia creó un “Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)” en el que todas las administraciones públicas estaban llamadas a participar y colaborar. Se trataba de cambiar hacia un modelo que imita los rasgos básicos del modelo universalista nórdico de inspiración socialdemócrata, financiado a través de impuestos generales y garantizando el acceso a una protección universal básica (limitada) en forma de un paquete de servicios y/o transferencias de renta (Rodríguez. y Marbán, 2013).

De esta manera, la LAPAD supuso la regulación jurídica de una nueva política social, nacida como un elemento indispensable del Estado del Bienestar, cuyos antecedentes inmediatos hay que buscarlos en las recomendaciones del Pacto de Toledo en 2003 y en el Libro Blanco de la Dependencia elaborado por el INMERSO en 2004 (Correa et alia, 2014, 102).

La Ley fue el resultado de una conjunción de factores, entre los que cabría citar la influencia positiva de las discusiones acerca de la importancia de estos cuidados en el contexto europeo; el amplio consenso político, pero también de los profesionales del sector, los expertos y los agentes sociales, sobre los profundos cambios que se habían producido; en la forma en la que se podían abordar los cuidados de larga duración y, no menos importante, una situación de crecimiento económico con margen de actuación en las finanzas públicas (Rodríguez y Marbán, 2013).

Así, estamos ante una ley que representó “sin duda, un importante avance en la construcción del Estado del Bienestar Social al regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en la atención a las personas dependientes (...) con fundamento en los principios de universalidad, equidad e igualdad” (Beltrán Aguirre, 2008, 4). Con la aprobación de esta ley, el Estado sienta los cimientos para la configuración del nuevo Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que, lejos de integrarse en el sistema de Seguridad Social, se concibe como un sistema de protección específico y autónomo, llamado a ser el cuarto pilar del Estado del Bienestar³³.

³³ Expresión acuñada por Vinçent Navarro, que cuenta su origen en una entrevista en el diario El País en abril de 2005: “... en el año 2000, cuando asesoré al mayor partido de la oposición en las elecciones legislativas de aquel año, aconsejé incluir en su programa electoral el compromiso de universalizar los servicios de ayuda a las familias, llamando a tal derecho el cuarto pilar del Estado de bienestar. Indicaba con esta expresión el hecho de que el Estado de bienestar en España, que podía presentarse simbólicamente como una silla en la que el ciudadano pudiera respaldarse y descansar cuando su bienestar social y calidad de vida así lo exigiera, tenía sólo tres patas o derechos (el derecho a la sanidad, el derecho a la educación y con las pensiones no contributivas, el derecho a la pensión), faltándole, en cambio, una cuarta pata o pilar para que estuviera equilibrado y completo. De ahí que llamara a tal derecho el cuarto pilar del Estado de bienestar, término que me alegra haya hecho fortuna y que sea usado ampliamente en la narrativa política y mediática del país”.

http://elpais.com/diario/2005/04/30/economia/1114812013_850215.html

El modelo elegido presentó desde el principio una enorme complejidad, pues están involucrados todos los niveles de las administraciones públicas –administración general del Estado, administraciones autonómicas, administraciones locales–, el ámbito privado o familiar, las organizaciones de mayores y personas con discapacidad y las entidades del tercer sector, que igualmente intervienen en el sistema (Durán, 2015, 28). A ello cabría añadir las empresas privadas suministradoras de gran parte de los servicios en concierto con las administraciones públicas.

4.2.1 Principios de la ley

La ley supone la introducción de un derecho de ciudadanía mediante el cual todas las personas en situación de dependencia “protegibles” tienen acceso a unas prestaciones adecuadas a su necesidad. Para las administraciones públicas supone pasar de un sistema de presupuestos limitados y distribución de recursos mediante convocatorias públicas, a otro de derechos que no puede tener (en principio) limitaciones presupuestarias dado que es exigible por ley.

Siguiendo a Vilá (2013) podemos concretar los principios que articulan la LAPAD en:

- a) derecho subjetivo de la ciudadanía;
- b) nivel mínimo de protección garantizado por la administración general del Estado;
- c) doble objetivo: la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia;
- d) igualdad y universalidad;
- e) prestaciones del Sistema para la Atención a la Dependencia incardinadas en el ámbito de los servicios sociales;
- f) gestión mixta público-privada;
- g) cooperación interadministrativa a través del Consejo Territorial del SAAD;

- h) prioridad de los servicios sobre las prestaciones económicas;
- i) financiación mixta (Estado, CC.AA. y usuarios).

En síntesis, la LAPAD consagra la universalidad, accesibilidad y equidad de los beneficiarios a los servicios prestados, teniendo en cuenta la capacidad económica personal como principal criterio para la participación del beneficiario en la financiación de estos servicios (Correa, Montero, y Jiménez, 2014, 103).

Por tanto, en relación a la situación anterior desde el punto de vista del sistema de CLD, el hecho diferencial que introducen los principios de la LAPAD es impulsar la nivelación de una oferta pública en todas las CC.AA., a partir del reconocimiento del derecho subjetivo de los ciudadanos a dicha protección social. Ambos elementos: la universalidad de las prestaciones y el aseguramiento de unas prestaciones básicas a todas las personas en situación de dependencia, incidirán en un incremento del gasto público que ya venían realizando las CC.AA. No obstante, en unas el incremento del gasto será más acentuado que en otras no solo por el hecho de que partían de un diferente nivel de la oferta asistencial, sino también por el distinto, muy distinto se podría decir, compromiso político y financiero con la aplicación de la ley.

4.2.2. Beneficiarios y Elegibilidad

Los beneficios son universales para todos los ciudadanos de nacionalidad española o que han sido residentes en nuestro país al menos cinco años, de los cuales al menos los últimos dos antes de presentar la solicitud.

La elegibilidad es independiente de la edad, siempre que la persona esté reconocida como beneficiaria del Sistema de acuerdo con los resultados del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), sobre la base de la escala del Real Decreto 504/2007, así como la escala específica para menores de tres años (EVE), aprobada en la Ley 39/2006 y reformulada en el Real decreto 174/2011, de 11 de febrero.

La intensidad de la dependencia se define por el número de veces al día que la persona dependiente necesita ayuda de una “tercera persona” para la realización de las ABVD (actividades básicas de la vida diaria). Dicho baremo ignora el “continuum asistencial” que puede requerir una persona dependiente ya que define las necesidades en clave de dependencia social, pero no en clave de dependencia sanitaria. Así, los grados de dependencia se definen en función de la incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) agrupándolos en tres grados (Montserrat, 2014, 7).

En un principio cada grado de dependencia se clasificaba a su vez en dos niveles dependiendo de la autonomía de las personas y de la intensidad de los cuidados requeridos. Pero a raíz del acuerdo del Consejo Territorial de 10 de julio de 2012, amparado por el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, dicha división en niveles desaparece y las nuevas valoraciones solo se ajustan a la clasificación en grados. Estos tres grados de discapacidad se definen de mayor a menor intensidad:

- Grado III, Gran Dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado II, Dependencia Severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de un apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado I, Dependencia Moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Aquellos individuos con una puntuación por debajo de 25 en la escala de elegibilidad no tienen derecho a servicios o subsidios.

La responsabilidad para evaluar el grado de discapacidad y el derecho a recibir beneficios corresponde a las CC.AA. A la evaluación le sigue la elaboración por los servicios sociales de un plan individual que incluye una lista de servicios adecuados. No obstante, la legislación (Real Decreto 727/2007) establece un criterio para determinar los servicios adecuados para cada grado y nivel de discapacidad y el derecho a las prestaciones económicas.

La LAPAD estableció inicialmente un calendario de implantación según el cual, a partir de 2007 se aplicaría a los dependientes Grado III de ambos niveles, en 2008 Grado II, nivel 2, en 2009 Grado II nivel 1, estando prevista la implantación de Grado I para 2011, aunque su implantación fue retrasada hasta situar la fecha final el 1 de Julio de 2015.

4.2.3. Prestaciones

La LAPAD establece un catálogo de servicios y prestaciones económicas destinadas a promocionar la autonomía personal y a atender las necesidades de las personas con dificultad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Se configura así, un sistema básico de prestaciones, algunas en servicios y otras en metálico. El conjunto de prestaciones y servicios establecidos en artículo 16 de la ley se integra en la Red de Servicios Sociales de las respectivas CC.AA. en el ámbito de las competencias que tienen asumidas. El conjunto de las redes públicas de servicios de atención a la dependencia en el ámbito estatal configura el SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia).

La LAPAD indica (art 16.2) que la red de centros estará formada por los centros públicos de las CC.AA., de las Entidades Locales, los centros de referencia estatal así como los privados concertados. Los centros y servicios privados no concertados que presten servicios para personas en situación de dependencia deberán contar con la

debida acreditación de la C.A. (art 16.3). La LAPAD trató de maximizar la eficiencia y minimizar el aumento del gasto público aprovechando la red de centros y servicios ya existentes en las CC.AA. (residencias, centros de día, etc.) así como la red de servicios de proximidad de las Corporaciones Locales (ayuda a domicilio, teleasistencia).

El sistema básico de prestaciones se encuentra en el catálogo de servicios de la ley, de manera que para cada grado de dependencia le corresponden unos determinados servicios que varía la intensidad de la protección, aunque su finalidad coincide entre los grados (Montserrat, 2014, 10).

De este modo, entre los objetivos explícitos de la LAPAD estaba la creación de un sistema coherente y desarrollado de servicios sociales públicos de cuidados de larga duración. Los objetivos de profesionalización y de creación de empleo estable contemplados apuntaban a la preferencia por un SAAD estructurado en torno a la prestación de servicios a las personas dependientes. Así, la ley priorizaba explícitamente la provisión de servicios frente a las prestaciones monetarias. Solo si la prestación de servicios no es una opción viable para el municipio y la región en la que reside el beneficiario, se planteaba la conveniencia de introducir programas de transferencia de rentas. Esas transferencias monetarias (de carácter excepcional) tendrían por objeto, tal y como detallaremos a continuación, la compra de servicios de cuidado en el mercado, asumir la contratación de un cuidador profesional o compensar económicamente a un miembro de la familia o un cuidador no profesional (Moreno Fuentes, 2015).

Por lo tanto, las prestaciones incluidas en el catálogo de la ley, pueden ser prestaciones en especie y económicas:

Prestaciones en especie

Las prestaciones en especie pueden recibirse a través de servicios de prevención y de promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día y centro de noche. La elección entre prestaciones en especie o en efectivo se realiza en

consulta con la familia después de la evaluación de las necesidades. Los servicios en especie también están sujetos a las condiciones económicas de los beneficiarios.

En concreto, los servicios disponibles son

- a) Servicio de Prevención de las situaciones de Dependencia y de Promoción de la Autonomía Personal, con objetivo de evitar caer en la dependencia.
- b) Servicio de Teleasistencia, como apoyo a cualquier prestación en el hogar.
- c) Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD), atención de las necesidades del hogar y cuidados personales.
- d) Servicios prestados en instalaciones especializadas, también conocidos como cuidados institucionales. Estos servicios de cuidado de larga duración incluyen: centros regionales, centros municipales e instituciones privadas. Las instituciones deben tener ratios mínimos de personas empleadas por cada beneficiario y por tipo de trabajo, ya sean cuidadores y cuidadoras o geriatras. La mayoría de las instituciones son privadas, un 76 % de las residencias y un 65% de los centros de día (Colombo et alia, 2011), existiendo grandes disparidades en la distribución de lugares, precios y servicios ofrecidos.

De forma más detallada estos servicios pueden ser:

- Servicio de Centros de Día y de Noche, que a su vez puede ser:
 - o Centro de día para mayores.
 - o Centro de día para menores de 65 años.
 - o Centro de día de atención especializada.
 - o Centro de noche.
- Servicio de Atención Residencial, que comprende:
 - o Residencia de personas mayores en situación de dependencia.
 - o Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.
- e) Servicios de Atención Domiciliaria (SAD), incluyen la prevención y la promoción de autonomía personal, ayuda con cuidado personal y con actividades

instrumentales de la vida diaria. Todas las personas por debajo de los ingresos mínimos tienen garantizado cuidados en el hogar.

Prestaciones económicas

Sus cuantías se establecen como una cuantía máxima modulada a la baja en función de la capacidad económica acreditada por los dependientes. Existen tres tipos de prestaciones económicas:

- a. Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS). Esta prestación está dirigida a las personas en situación de dependencia para contratar servicios a través de centros privados (con acreditación), cuando los servicios públicos no están disponibles.
- b. Prestación Económica para el Cuidado en el Entorno Familiar (PECEF). Esta prestación se destina a las personas dependientes que reciben cuidado informal. Para recibir el subsidio, el cuidador informal debe ser un pariente de la persona dependiente, salvo cuando los servicios no estén disponibles en el área, en cuyo caso el cuidador informal debe ser un vecino que resida en el mismo municipio (o en las cercanías). La prestación pretende compensar el servicio proporcionado por el cuidador informal. Este tipo de ayuda, que la ley contempla como excepcional, se ha convertido en el tipo de prestación más extendida, aunque con importantes diferencias entre las diferentes CC.AA., y fue esgrimida como uno de los motivos de la reforma realizaba en 2012 como veremos más adelante.

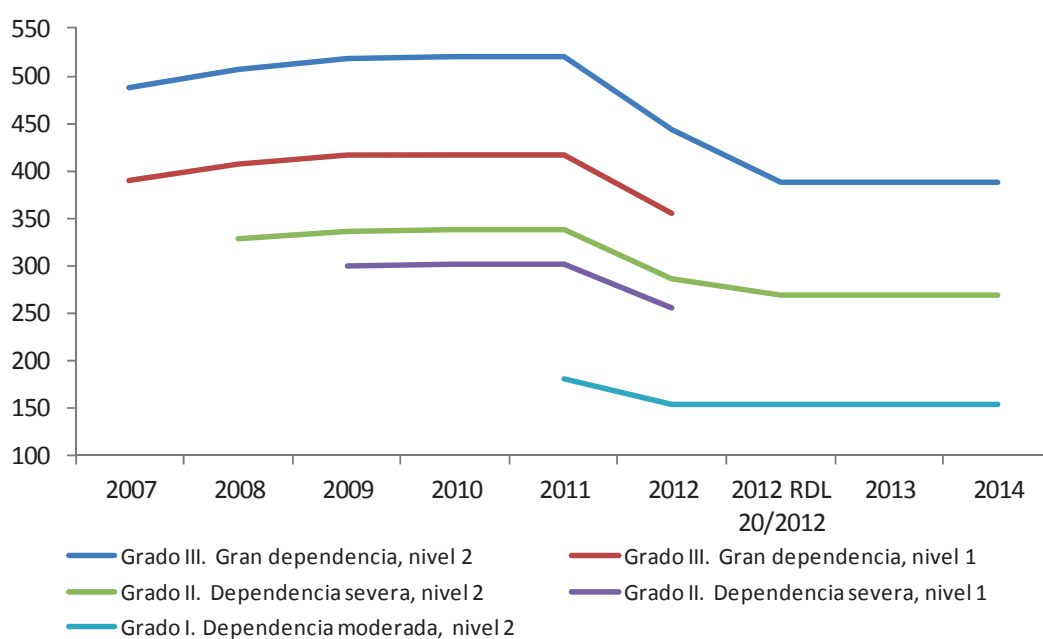
Su cuantía desde la puesta en marcha se recoge en el cuadro 4.1, donde puede observarse cómo, salvo al principio que si revalorizó su cuantía, el resto de los años primero se congeló y luego sufrió un drástico recorte (gráfico 4.1.).

Cuadro 4.1. Cuantía máxima por dependiente y mes de las Prestaciones Económicas para el Cuidado en el Entorno Familiar 2007-2015 (cuantías mensuales en euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012 RDL 20/2012	2013	2014
<i>Grados y niveles</i>									
Grado III. Gran dependencia, nivel 2	487,0	507,0	519,1	520,7	520,7	442,6	387,6	387,6	387,6
Grado III. Gran dependencia, nivel 1	390,0	406,0	415,7	417,0	417,0	354,4			
Grado II. Dependencia Severa, nivel 2		328,4	336,2	337,3	337,3	286,7	268,8	268,8	268,8
Grado II. Dependencia Severa, nivel 1			300,0	300,9	300,9	255,8			
Grado I Dependencia Moderada, nivel 2					180,0	153,0	153,0	153,0	153,0
Grado I Dependencia Moderada, nivel 1									

Fuente: Elaboración propia

De hecho las cuantías vigentes, implantadas a raíz del RDL 20/2012, son un 20% menores que la inicial, un 25% del valor máximo de 2010, en el caso del Grado III, nivel 2 (ahora solo grado III) y de un 18%, 20% sobre la cuantía máxima, en el caso del Grado II Nivel 2 (ahora solo Grado II). Es decir, la idea de desincentivar este tipo de prestación es más que evidente si se observa esta brusca caída que se produce a partir de 2012.

Gráfico 4.1. Evolución de las Cuantías máximas de las Prestaciones Económicas para el Cuidado en el Entorno Familiar.2007-2014

Fte: Elaboración Propia

- c. Prestación económica de asistencia personal (PEAP). Esta prestación estaba dirigida a personas con un alto grado de discapacidad inicialmente, aunque en desde al año 2012 se ha extendido a todos los niveles, para la contratación de un/a asistente personal que facilite al beneficiario/a el acceso a la educación y el trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Los gastos de contratación del cuidador/a deben ser documentados y éste/a debe tener las cualificaciones profesionales adecuadas (certificaciones de Estado). El importe de la prestación económica se reduce proporcionalmente si la persona recibe otras prestaciones para personas con discapacidad. En todos los casos, la prestación restante no puede ser inferior al 40% de la asignación original para asistencia personal y servicios y el 75% de la prestación para el cuidado informal. Todos los beneficios son libres de impuestos.

4.2.4. Financiación

La LAPAD establece un modelo mixto de financiación público-privado y se basa en la colaboración entre las administraciones públicas, cuya participación proviene del sistema de impuestos generales. Se trata de un modelo participativo entre la administración del Estado (AGE) y las administraciones autonómicas a la vez que se establece que las personas beneficiarias han de contribuir a la financiación del coste de las prestaciones. Su funcionamiento no ha estado exento de dificultades por la falta de claridad en la definición de los objetivos, la falta de transparencia en la información facilitada y la multiplicidad normativa que presenta la relación entre las administraciones autonómicas con las personas usuarias. De hecho, no hay datos oficiales sobre gasto público, solo la aportación de la AGE y únicamente hasta 2013, ni tampoco sobre la aportación de las personas usuarias en la financiación por lo que la

estimación del gasto privado y, por tanto el gasto total resulta un proceso objeto de múltiples investigaciones, incluida ésta.

La financiación pública se articula en diferentes niveles: un nivel mínimo (art. 9 LAPAD) aportado anualmente por el Estado y regido por un criterio capitativo (número de dependientes y grado); un nivel acordado (art. 10 LAPAD) consistente en una cantidad a repartir mediante convenios entre la administración general del Estado (AGE) y las CC.AA., donde se acuerdan una serie de requisitos y el compromiso de aportar una cantidad igual a la aportada por la AGE por parte de estas últimas; y finalmente, el tercer nivel o nivel adicional (art. 11.2 LAPAD), consistente en complementar la financiación con las aportaciones que, de forma voluntaria, cada C.A. considere necesarias (Correa et alia, 2014, 103). El planteamiento inicial era que el coste se repartiera en tres tercios, entre la AGE, las CC.AA. y las personas usuarias

La aplicación de copagos provocó polémica desde el inició por las desigualdades que podrían resultar de la aplicación de distintos umbrales de renta y la inclusión de los diferentes elementos de la riqueza personal más allá de la renta disponible (propiedades inmobiliarias, etc.), el grado de responsabilidad de la familia en la financiación de la atención a los familiares, las dificultades derivadas de la aplicación de los mecanismos de control de rentas y, en general, la potencial aparición de desigualdades sociales en el acceso y uso de los diferentes programas incluidos en estas políticas (Rodríguez y Marbán, 2013b).

Nivel Mínimo Garantizado

El Nivel Mínimo de financiación corresponde al importe garantizado por el Estado en función del derecho reconocido a la persona beneficiaria. Es un importe por persona y su valor lo fija anualmente el Gobierno. Se empieza a percibir cuando ya se disfruta de la prestación. El importe destinado a dicho gasto se debe consignar anualmente en los correspondientes Presupuestos del Estado (art 32.1) y lo asume íntegramente la administración general del Estado (art. 9). Al ser una financiación garantizada, el Estado deberá recurrir a los suplementos de crédito en el caso que el presupuesto

inicial resultase insuficiente para hacer frente a los derechos devengados durante el ejercicio.

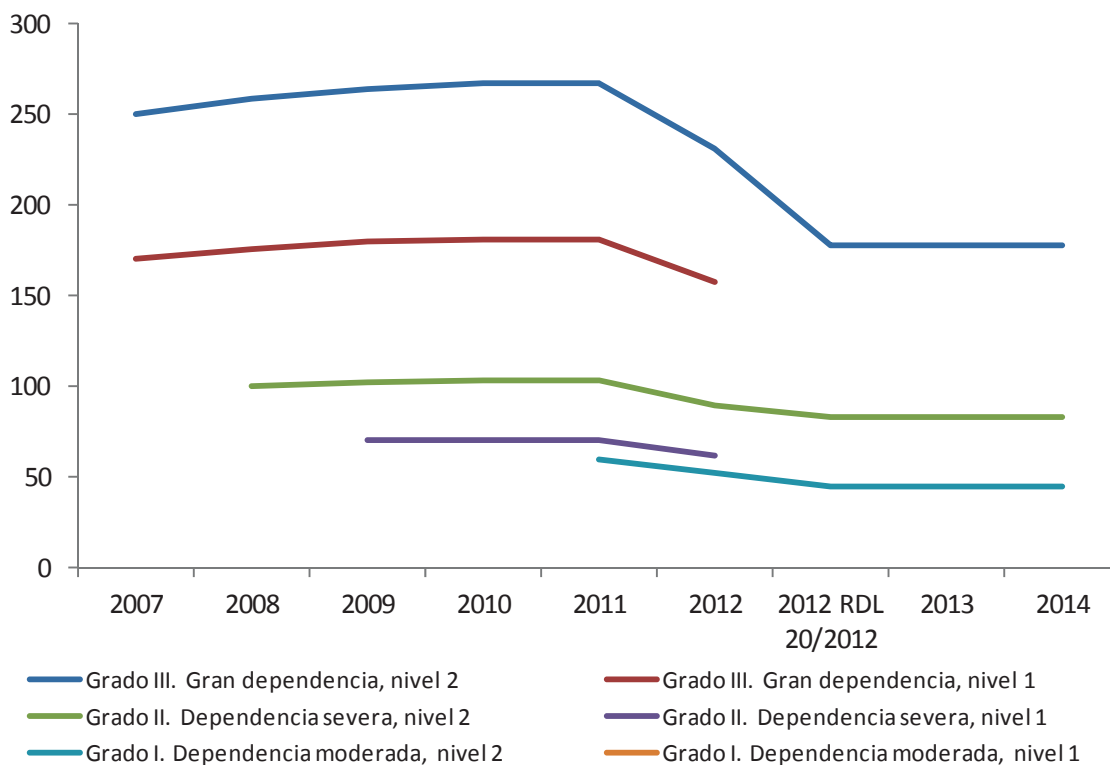
Cuadro 4.2. Cuantía de las aportaciones por dependiente y mes de la Administración General del Estado como Nivel Mínimo Garantizado 2007-2013

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012 RDL 20/2012	2013	2014
Grado III. Gran dependencia, nivel 2	250,0	258,8	263,9	266,6	266,6	231,2	177,9	177,9	177,9
Grado III. Gran dependencia, nivel 1	170,0	176,0	180,0	181,3	181,3	157,3			
Grado II. Dependencia Severa, nivel 2		100,0	102,0	103,0	103,0	89,4	82,8	82,8	82,8
Grado II. Dependencia Severa, nivel 1			70,0	70,7	70,7	61,3			
Grado I Dependencia Moderada, nivel 2					60,0	52,0	44,3	44,3	44,3
Grado I Dependencia Moderada, nivel 1									

Fuente: Elaboración propia

Este Nivel Mínimo Garantizado es un importe fijo según el grado de dependencia de la persona beneficiaria y no tiene relación con el coste de la prestación. El cuadro 4.2. recoge la cuantía de las aportaciones por dependiente de la administración general del Estado como Nivel Mínimo Garantizado entre 2007 y 2013. En él se puede observar, al igual que sucedía con las PECEF, que salvo en los primeros años en los que se revalorizó su importe, el resto de años permaneció congelado o disminuyó de forma drástica con la reforma de 2012 (gráfico 4.2). La reducción ha sido muy intensa, especialmente en el grado III, en la que en 2012 llegó a alcanzar un 33% respecto del nivel máximo alcanzado en 2011.

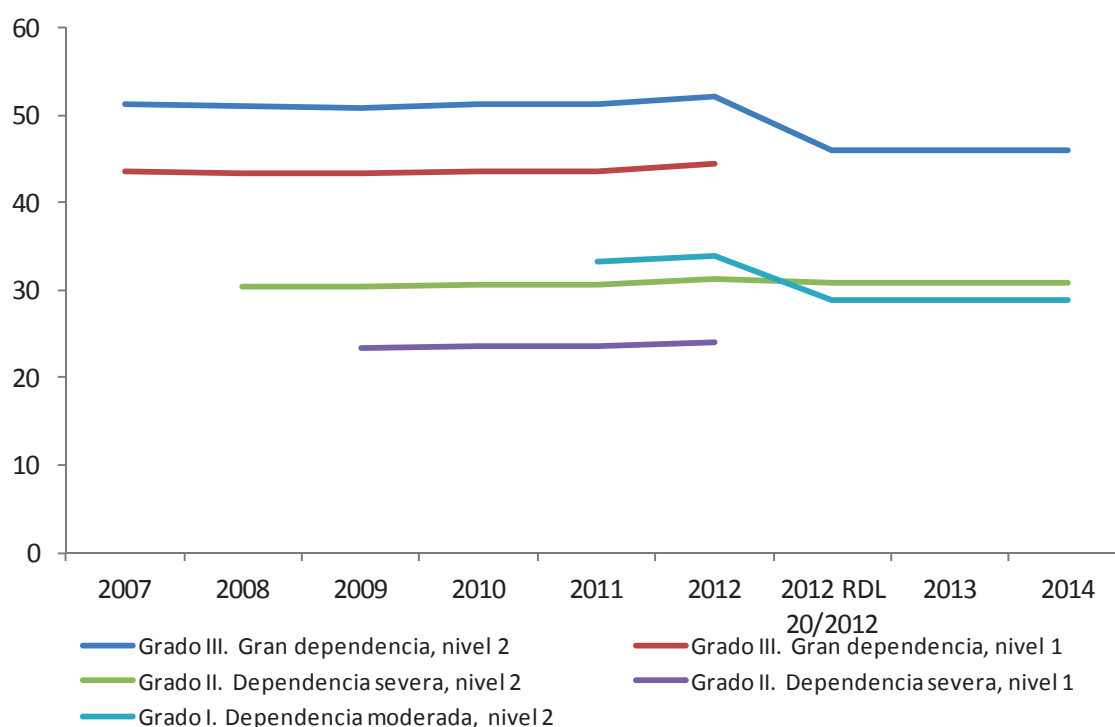
Esta forma de financiar por dependiente y no por el tipo de recurso que recibe, provoca que se genere una aportación mayor en las CC.AA. cuanto mayor sea el coste de la prestación asignada. Así, por ejemplo, la C.A. cobra lo mismo por una persona de Grado 3 que reciba un servicio residencial que otra con un servicio de ayuda domiciliaria. El importe del Nivel Mínimo lo reciben las C.A., las cuales lo distribuyen en función de las prestaciones requeridas por sus beneficiarios/as.

Gráfico 4.2. Evolución de la cuantía por dependiente y mes de las aportaciones de la Administración General del Estado como Nivel Mínimo Garantizado. 2007-2014

Fte: Elaboración Propia

Además esta tendencia a la baja ha provocado que el desequilibrio entre la aportación estatal a través del NMG y la de las CC.AA. se acentúe, incluso en la prestación de menor coste como es PECEF, tal y como refleja en el gráfico 4.3. En caso del Grado III nivel 2 esta participación se mantuvo por encima del 50% hasta la reforma de 2012, en que se situó en el 45%. Es decir, incluso reduciendo las cuantías máximas de la PECEF la aportación del Estado se redujo aún más. En el recurso de menor coste la financiación estatal no llega ni al 50%, y a medida que se incrementa el coste, la aportación de la C.A. aumenta. En el caso de la Prestación Vinculada al Servicio (PVS), por ejemplo, si antes de la reforma de 2012 la aportación estatal apenas cubría un tercio de la prestación, después del RDL 230/2012 se queda en el 25% y puede llegar a estar por debajo del 10% en los casos de plazas residenciales especiales.

**Gráfico 4.3. Evolución de la cobertura del NMG sobre cuantía máxima de PECEF.
2007-2014**



Fte: Elaboración Propia

El resultado es una creciente presión sobre las finanzas autonómicas que se agravó aún más cuando, como veremos inmediatamente, se suprimió la otra vía de financiación a las CC.AA.

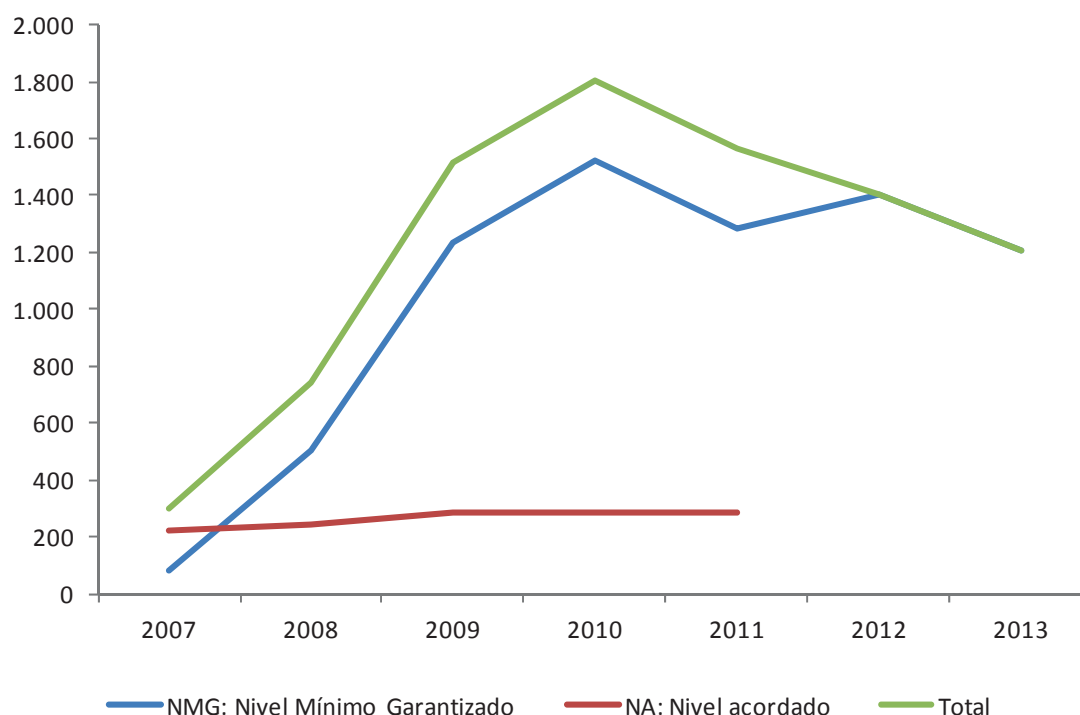
Nivel Acordado

La LAPAD estableció también el Nivel Acordado (o “convenido”), el cual corresponde a un fondo de financiación complementario al Nivel Mínimo garantizado. Su importe lo determinaba el Estado anualmente y se distribuía entre las CC.AA. de acuerdo con los criterios fijados en el Consejo Territorial. Estos fondos adicionales acordados con las CC.AA., destinados a garantizar la redistribución territorial, inicialmente se distribuían según criterios de dispersión territorial, tamaño de la población y número potencial de personas usuarias, hasta que la insistente reclamación de las CC.AA. con mayor

progreso en la aplicación de la LAPAD consiguió que la distribución incluyera las personas usuarias reales. El objetivo de este Fondo era hacer de “comodín” del Nivel Mínimo. Se podían financiar gastos de puesta en marcha de centros y servicios, programas de prevención y formación o gastos de gestión de los expedientes de la LAPAD, pudiendo incluir, también, gastos de inversión. Desde el año 2012, este Fondo está suspendido.

La evolución de aportación de la AGE a la financiación de la atención a la dependencia se recoge en el gráfico 4.4 entre 2007 y 2013, ya que no existen datos oficiales de 2014. En él se puede observar cómo la financiación disminuye desde un máximo en 2010 y cómo la bajada del NMG y la eliminación del nivel acordado en 2012, provocan una aceleración de la caída tras el descenso de 2011 respecto de 2010.

Gráfico 4.4. Evolución de la financiación aportada por la AGE para el gasto de atención a la dependencia 2007-2013



Fuente: Elaboración propia a partir del SISAAD

Estos dos esquemas de financiación se complementan con una contribución de las CC.AA. que debía encontrarse en torno a un tercio de los costes totales de funcionamiento del sistema.

Aportación de los usuarios

Con respecto a la financiación privada, la LAPAD estableció que la financiación de una parte del coste de las prestaciones se realizaría a través de la participación de las personas usuarias (art. 33). Si bien la ley no mencionó en qué proporción éstas participarían en la financiación, la memoria económica de la ley la estimaba en un tercio del coste total (MITASS, 2005). Estas aportaciones de las personas beneficiarias al sistema quedarían configuradas mediante el copago o la reducción de las prestaciones económicas a percibir, y en todo caso, son variables en función de la capacidad económica de las mismas, sin que nadie pueda quedar excluido por su baja capacidad económica (Correa, et alia 2014,103).

El copago se aplica tanto en los servicios como en las prestaciones económicas, si bien en este último caso se le conoce como “descuento” de la prestación, ya que la cuota que le corresponde al usuario/a se le “descuenta” directamente de la misma. El hecho de que las administraciones públicas contabilicen dichas prestaciones por su “importe neto” incide en que no se visualice, por un lado el gasto total y, por otro, el ingreso de los copagos; su contabilización por separado favorecería la confección de las estadísticas y la realización de proyecciones y se cumpliría con el principio de “no compensación” de la contabilidad presupuestaria, el cual indica que no se pueden compensar los gastos con los ingresos (Montserrat, 2014, 12).

Las CC.AA. tienen la potestad para desarrollar reglamentariamente las características de la participación de las personas usuarias en la financiación de las prestaciones; no obstante, en aras de “uniformizar” el copago en todo el territorio, las CC.AA. acuerdan unos criterios comunes que son aprobados en el Consejo Territorial de Servicios Sociales. El primer Acuerdo se recoge en la Resolución de 2 de diciembre de 2008,

pero tuvo una vida efímera, ya que un recurso interpuesto por el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) hizo que el Tribunal invalidara la parte relativa al cálculo de la determinación de los copagos. La segunda tentativa fue el Acuerdo de 10 de Julio de 2012 (Resolución de 13/7/2012) vigente en la actualidad.

En el caso de las prestaciones, se tiene en cuenta la riqueza para calcular la aportación de los usuarios/as, que se calcula utilizando el valor de la propiedad inmueble si no hay otros dependientes residiendo en la propiedad. En el caso de los servicios de alojamiento y alimento, la aportación del usuario/a no puede superar el 90% del indicador de coste de referencia que establece en cada C.A. Por su parte, para los centros de cuidado de día o de noche, la aportación de los usuarios no puede exceder el 65% del indicador de referencia de los costes, al igual que en el caso del SAD.

4.2.5. Gobernanza

La LAPAD contempla una gobernanza multinivel con una distribución de las competencias respectivas a tres niveles: Estatal, autonómico y local. El diseño del SAAD implica que para el efectivo desarrollo de la LAPAD es necesaria una participación y colaboración de todas las administraciones públicas implicadas. (Krüger y Jiménez E., 2013)

La gobernanza del nuevo sistema se basa en una estructura de competencias compartidas entre el gobierno central y las CC.AA. coordinadas través del Consejo Territorial del SAAD. Como señalan Rodríguez y Marbán (2013), si hasta la promulgación de la LAPAD el nivel central del gobierno se abstuvo, en gran medida, de intervenir en un área de política que estaba en manos de gobiernos regionales y municipios, el nuevo marco normativo supuso para la AGE la asunción de un papel clave en la definición de la legislación básica de la política de CLD, aunque lógicamente lo realiza en un contexto fuertemente condicionado por los esquemas previamente existentes desarrollados por los gobiernos regionales y locales. Las regiones permanecen, sin embargo, como el nivel de gobierno realmente responsable del

funcionamiento diario del sistema, ya que tienen competencias exclusivas en el ámbito de los servicios sociales y son, como se ha señalado antes, quienes realizan las valoraciones, asignan los recursos a los dependientes y gestionan las distintas prestaciones, tanto económicas como de servicios. En cuanto al órgano de coordinación, el Consejo Territorial del SAAD, está integrado tanto por el gobierno central como por las CC.AA. Su función es definir las principales pautas de funcionamiento del sistema y tiene como objetivo garantizar el derecho básico a estos cuidados en todo el país. No obstante su composición y reglas de funcionamiento, el conjunto de CC.AA. tienen igual número de votos que la AGE, lo que hace imposible un mayoría alternativa a la del gobierno central y lo convierte, de facto, más en un órgano consultivo que decisorio, lo cual complica una coordinación eficaz que compatibilice los diferentes roles y posiciones de las distintas administraciones.

4.3 La evolución de la atención a la dependencia: el desarrollo real del modelo previsto en la LAPAD

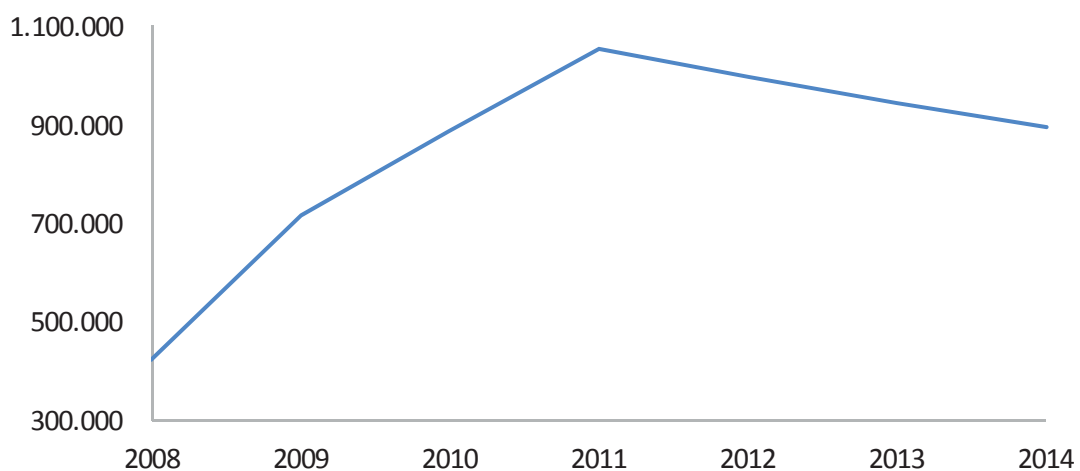
4.3.1. Más dependientes y menos servicios de los esperados: la implantación real del SAAD

La primera consideración a realizar es sobre el número de dependientes atendidos realmente y las previsiones y cálculos realizados en el Libro Blanco de la Dependencia, LBD, (IMSERSO, 2004). En él se realizó una estimación de los dependientes existentes en 1999 basada en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999 (INE, 2002), que sirvió de referencia para hacer la previsión de la evolución de la población con dependencia durante el período 2005–2020, realizada teniendo en cuenta las proyecciones de población del INE y aplicando una hipótesis de reducción paulatina de la prevalencia de las situaciones de dependencia. De acuerdo con estas previsiones, el número de personas en situación de dependencia, que en 2005 sería de 1,125 millones, iría ascendiendo paulatinamente hasta alcanzar la cifra de 1,496 millones en 2020. La distribución por grados iría evolucionando también de forma

paulatina, incrementándose poco a poco el porcentaje de personas con gran dependencia y dependencia severa (grados 3 y 2) y disminuyendo, en consecuencia, el de personas con dependencia moderada (grado 1) (Jiménez, 2014).

Esta proyección situaba en el horizonte de 2010 un total de personas dependientes grado III y II, que, según el calendario de aplicación de la Ley, tenían derecho a ser atendidas en 623.783 y 724.801 en 2015. Tal y como recoge el gráfico 4.5 el crecimiento del número de personas dependientes realmente atendidas ha desbordado claramente las previsiones, pues su crecimiento inicial fue mucho más intenso que el previsto, de forma que en 2010 las personas atendidas superaban en más de 250.000 las previstas. Incluso después del descenso que se produce a partir de 2011, el año 2014 finalizaba con 175.000 dependientes reconocidos por encima de los previstos. Es cierto que, como señalan Sánchez y Cobo (2013, 9), durante la tramitación de la ley se aprobaron enmiendas que ampliaban el ámbito de protección incorporando nuevas situaciones no previstas en el libro blanco y en las que se basaba el proyecto, entre las que destaca la ampliación del concepto de dependencia, que inicialmente se definía como la necesidad de atención o ayudas importantes para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, y que pasó a contemplar también la necesidad de apoyos para la promoción de la autonomía personal.

Gráfico 4.5. Evolución beneficiarios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. 2008- 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del SISAAD

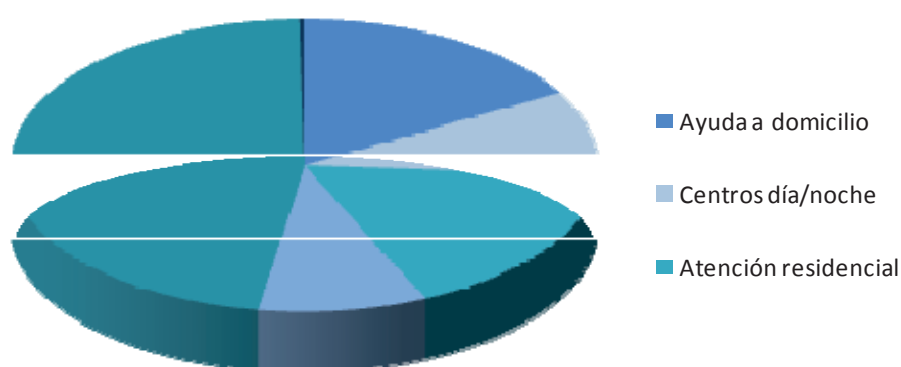
No obstante, el análisis no puede ser completo pues la no entrada en vigor del derecho de atención para los dependientes moderados grado I, hasta Julio de 2015, después de sucesivos retrasos, no permite incorporar al análisis el grueso de la población de dependientes estimada en casi 650.000 personas en 2015.

Lo cierto es que el desbordamiento de las previsiones de atención, singularmente los primeros años donde la incorporación de los gran dependientes -los primeros en ser atendidos por el sistema- fue muy intensa pues los beneficiarios de grado III atendidos en 2010 duplicaban lo previsto en el libro blanco, aunque se subestimara relativamente el número de dependientes de grado II.

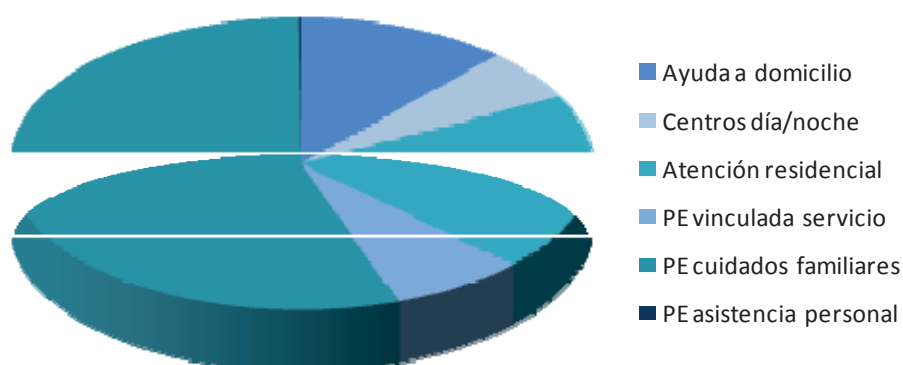
Este desbordamiento, que lógicamente implicó que se sobrepasara la capacidad de respuesta del sistema de CLD, por otra parte no muy desarrollada, ha sido probablemente uno de los factores causantes, junto con otros que se analizan a continuación, del incumplimiento de las previsiones de la LAPAD sobre una atención mayoritaria de servicios frente a las prestaciones monetarias.

Gráfico 4.6. Distribución de las prestaciones que reciben los dependientes según tipo en 2009 y 2014

ESPAÑA 2014



ESPAÑA 2009



Nota: Se han eliminado los Servicios de Autonomía y de Teleasistencia para no distorsionar el análisis

Fuente: Elaboración propia

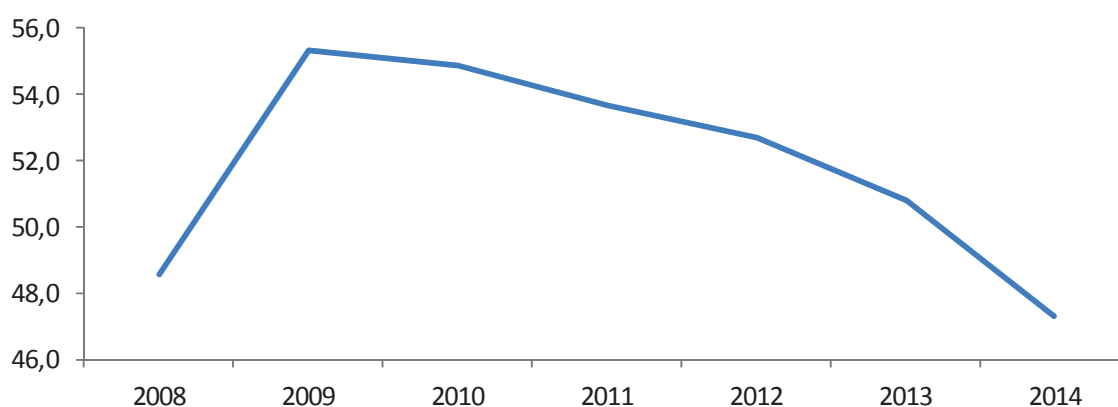
Efectivamente, tal y como hemos recogido en el apartado anterior, el modelo diseñado por la LAPAD apostaba por desarrollar un modelo público y profesionalizado de cuidados a través de un catálogo de prestaciones de servicios, dejando en una situación marginal las prestaciones económicas. Sin embargo, se ha producido un desencuentro radical entre el modelo original y su aplicación efectiva (Molero, 2014).

Hasta el momento, y a pesar de las reformas de 2012 que veremos a continuación, la evolución del sistema se ha centrado más en la extensión de las prestaciones, en lugar de en la creación de más servicios públicos en especie, tal y como refleja el gráfico 4.6, donde se recoge la distribución de las prestaciones según tipo y puede observarse que, a pesar de su disminución, tanto en 2009 como en 2014, las prestaciones económicas siguen siendo mayoritarias, especialmente la PECEF (véase gráfico 4.7 que recoge la evolución de esta última). Esta apuesta teórica por la prestación de servicios que rompiera el modelo de cuidados de orientación mediterránea hubo de confrontarse, precisamente, a la realidad de la situación de los cuidados en España. De un lado, los heterogéneos sistemas de servicios sociales preexistentes en las distintas CC.AA., con una clara especialización en servicios residenciales, con mucha frecuencia gestionados por organizaciones sin ánimo de lucro, provocó unas fuertes inercias que, lógicamente, condicionaron la forma que adoptó el SAAD en cada C.A. y municipio. En segundo

lugar, la propia realidad de los cuidados en España con el fuerte peso de las familias hacía difícil evolucionar a partir de una norma cerrada, que de alguna forma obviaba la diversidad de situaciones y la fuerte preferencia de los dependientes por el cuidado el hogar (Molero, 2014). El resultado ha sido que la apuesta por el hogar ha chocado con un modelo que no estaba preparado para abordar una convergencia de aspiraciones entre la ley y los dependientes, dado el débil desarrollo de los servicios de atención domiciliaria.

A ello cabría añadir los efectos perversos de un modelo de financiación en modo alguno incentivador de este cambio, puesto que, como hemos visto con anterioridad, las CC.AA deben asumir un mayor porcentaje de gasto a medida que la prestación tiene mayor coste, puesto que la financiación que reciben está vinculada al dependiente y su grado no al tipo de servicio que reciben.

Gráfico. 4.7. Evolución del porcentaje de Prestaciones Económicas para Cuidado en el Entorno Familiar sobre el total en España. 2008-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SISAD. Los datos de 2008 pueden estar distorsionados por las prestaciones sin clasificar.

El resultado ha sido que a pesar de la preferencia de la norma por la prestación de servicios, la preferencia social por las prestaciones monetarias, los problemas creados por el modelo de financiación en las cuentas de los gobiernos autonómicos y también, las orientaciones ideológicas de los responsables políticos regionales, han dado lugar a una desviación sistemática de la aplicación de la LAPAD con respecto a sus objetivos

iniciales, lo que se traduce en el predominio de las transferencias de rentas en perjuicio de la prestación directa de servicios (Moreno Fuentes 2015, 67).

Además, hay que tener en cuenta que la implantación del SAAD se inscribe en un contexto en el que los debates internacionales sobre el cuidado promueven la priorización de la atención en la comunidad (en el domicilio y/o con familiares, con el apoyo de los servicios sociales públicos) como alternativa a la institucionalización de las personas en situación de dependencia. Las implicaciones de esta tendencia son muy significativas en un país como España en el que las estructuras de atención informales (familiares, generalmente mujeres) han caracterizado tradicionalmente los esquemas de provisión de cuidados (Moreno Fuentes, 2015).

No hay que olvidar, en este esquema de provisión de cuidados imperante en el España, el efecto producido por la segmentación del mercado de cuidado por nacionalidad, donde las personas inmigrantes cuidadores (en su mayoría indocumentadas y trabajando de forma irregular) han constituido una respuesta del mercado informal (y relativamente barata) a las necesidades de cuidado de las familias españolas cuando se han generado problemas de atención con los familiares directos (Luján y Berjano, 2004).

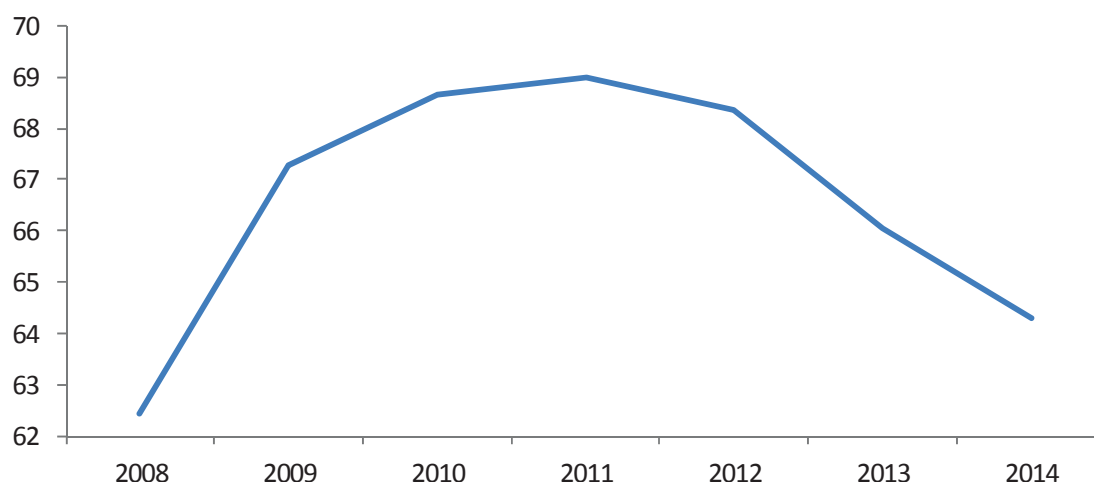
Dado que uno de los objetivos de la LAPAD era mejorar la calidad de la atención proporcionada a las personas dependientes, hay factores como la conveniencia de liberar a las mujeres de sus responsabilidades de cuidado para que puedan incorporarse al mercado laboral y desarrollar sus propias trayectorias profesionales sin limitaciones (aprovechamiento del capital humano de una sociedad), las cuestiones relacionadas con las condiciones de trabajo de las personas implicadas en el ámbito del cuidado, las cualificaciones que deben exigírsele a éstas en función de las tareas que se supone deben realizar (asistencia personal, atención de la salud, trabajo doméstico, etc.) y la trayectoria profesional de los cuidadores/as, constituyen aspectos clave en el análisis de la aplicación de estas políticas (Moreno Fuentes, 2015), en especial, si el objetivo de dar respuesta fundamentalmente vía servicios choca con la contribución de las decisiones tomadas por las autoridades regionales y locales

(prestación directa de servicios o transferencias) junto con el arraigo del cuidado familiar y el papel potencial de la inmigración en este nicho informal del mercado de trabajo en el mantenimiento de mercados de cuidado informales.

Así una conjunción de elementos impulsó la evolución del modelo en una dirección que no era la prevista en la LAPAD. No cabe duda que los gobiernos regionales, verdaderos responsables de la puesta en marcha de un sistema totalmente nuevo, ante la presión de los solicitantes para disponer de una prestación, favorecieron las transferencias en efectivo (en particular, para la atención en el ámbito familiar). Preferencia, que amén de alguna connotación ideológica, ha sido el resultado de la escasez de servicios públicos existentes de las dificultades para acreditar centros privados que pudieran concertar con la administración, y de que eran más fáciles de manejar y más baratas que la prestación directa de servicios, en un contexto de restricciones presupuestarias y de un modelo de financiación por parte de la AGE que penalizaba la prestación de servicios (Moreno Fuentes, 2015, 68). Además, como se ha señalado, los beneficiarios también mostraron una clara preferencia por las transferencias de efectivo, debido a la larga tradición de cuidado informal y familiar. No hay que olvidar, al gran número de mujeres mayores de cincuenta años con baja cualificación y escasa experiencia laboral que podían beneficiarse de una transferencia monetaria al tiempo que cuidaban a un pariente cercano. Este sentido, la financiación del convenio de especial con la Seguridad Social, hasta que se suprimió en 2012, constituía un incentivo adicional ya que no solo suponía renta ahora sino que abría la posibilidad de acceder a los beneficios de una pensión al margen de las no contributivas.

Esta conjunción de factores determinó una preeminencia de las prestaciones económicas, y en cualquier caso, como recoge el gráfico 4.8, que el modelo de atención mayoritario sigue siendo aquel que se realiza en el hogar, sea formal o informal.

Gráfico 4.8. Personas dependientes atendidas en el hogar. España 2008-2014. % Total



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SISAD. Los datos de 2008 pueden estar distorsionados por las prestaciones sin clasificar. Incluye PECEF y SAD

4.3.2 La crisis y el modelo de atención a la dependencia

Fruto de la especial virulencia de la crisis en los países del sur de Europa, y una vez que estabilizados los mercados financieros la culpabilidad de la crisis mutó desde unos mercados desregulados responsables de un capitalismo especulativo y depredador, hacia unas deterioradas finanzas públicas fruto de los esfuerzos de paliar las consecuencias de este tipo de capitalismo, los Estados del Bienestar empezaron a ser cuestionados por insostenibles, pasando a ser un tema de discusión política y pública tanto a nivel nacional como internacional por los principales organismos supranacionales (Marí-Klose y Moreno Fuentes, 2013). El resultado fue que el sistema de CLD español fue sometido a una intensa reforma en la que si bien pudieron existir motivos de corrección de la deriva de modelo, también de tipo ideológico, no cabe duda que tuvo fundamentalmente un objetivo de reducir sustancialmente el coste del sistema.

Por eso, independientemente de que la incidencia económica de las reformas iniciadas al calor de la crisis se analice con más profundidad al estudiar la evolución del gasto y la financiación del sistema, parece conveniente dedicarle un breve espacio de

reflexión en este apartado por las implicaciones que tienen los recortes en la evolución del modelo, su calidad y el nivel de protección de las personas dependientes.

Cuadro 4.3. Síntesis de las principales reformas del Sistema de Autonomía y de Atención a la Dependencia creado por la Ley 39/2006

MEDIDAS	CONTENIDO	NORMAS
Retraso del derecho de entrada de los beneficiarios del Grado 1	Retrasa la entrada de los beneficiarios del Grado 1 (Hasta 1 Julio 2015)	RDL 20/2011, de 30 de diciembre Ley 2/2012, de 29 de junio (PGE) Ley 20/2012, de 13 de julio
Disminución de las intensidades de protección de las prestaciones	Disminuye el número de horas de ayuda a domicilio según grado de dependencia. Reduce horas en centros de día y establece horas del servicio de prevención y promoción autonomía personal	Ley 20/2012, de 13 de julio Resolución 13/7/2013
Simplificación de las categorías de dependencia	Eliminación de la diferencia de niveles en los Grados.	RDL 20/2012 de 13 de julio
Disminución de las cuantías de las prestaciones económicas	Disminuye las cuantías máximas de las prestaciones económicas de cuidador familiar. Nuevas cuantías para los nuevos grados de dependencia.	RDL 20/2012 de 13 de julio
Disminución del Nivel Mínimo	Rebaja la cuantía del Nivel Mínimo según la proporción de prestaciones en servicios respecto a prestaciones en cuidados en el entorno familiar.	RDL 20/2012 de 13 de julio
Regulación del modelo del copago	Regula el modelo de las contribuciones de los usuarios a la financiación de las prestaciones <u>Retraso</u> .	RDL 20/2012 de 13 de julio y Resolución 13/7/2013 del Consejo Territorial
Suspensión del Nivel Acordado	Suspensión del nivel acordado de Financiación con las CC.AA .	Leyes de los Presupuestos Generales del Estado, años 2012, 2013 y 2014 Supresión
Supresión bonificación cuota de Seg. Social del cuidador	Eliminación de la obligación de alta en la Seguridad Social y eliminación de la bonificación del convenio especial, debiendo financiarla el cuidador.	RDL 20/2012 de 13 de julio
Aplazamiento de los atrasos de la retroactividad de las prestaciones económicas	Posibilidad de aplazar hasta 8 años los atrasos pendientes derivados de la retroactividad de las prestaciones económicas (PEF)	RDL 20/2012 de 13 de julio
Carencia de dos años para el abono de la PEF	Solo se devenga retroactividad si el plazo entre la solicitud y el abono de la prestación económica supera los dos años y seis meses.	RDL 20/2012 de 13 de julio
Baremo de valoración	Retoque del baremo de valoración con reajuste a la baja de puntuaciones que reduce el numero de personas en gran dependencia.	RD 174/2011, de 11 de febrero

Fuente: Elaboración propia a partir del Barriga(2014) y Monserrat (2014)

Desde esta perspectiva, es posible señalar que a raíz de la agudización de la crisis se puso en marcha una reforma en profundidad que, aunque iniciada en 2011, tiene su epicentro en el Real Decreto Ley 20/2012 de 13 de julio, de Medidas para Garantizar la Estabilidad Presupuestaria y de Fomento de la Competitividad y en el Acuerdo del Consejo Territorial de 10 de julio de 2012 para la mejora del SAAD. Este RDL junto con las medidas incluidas en las leyes 2/2012 de 29 de junio, 17/2012 de 27 de diciembre, 22/2013 de 23 de diciembre y 36/2014 de 26 de diciembre, suponen una modificación del originario sistema de dependencia que ha supuesto un cambio de dirección en la configuración del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Una síntesis de las principales reformas se recoge en el cuadro 4.3.

Siguiendo a Duran (2015) y Monserrat (2014) es posible sintetizar los cambios en:

- Restricción de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar. En el RDL 20/2012 y los Acuerdos de Consejo Territorial asociados al mismo, se adoptaron un conjunto de medidas que restringen la concesión de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar con la intención de fomentar las prestaciones de servicio y reducir el gasto público:
 - o En primer lugar, se modifica la regulación del PIA referida a la prestación económica por cuidados en el entorno familiar, estableciendo que, con la participación del beneficiario, la determinación de la prestación económica mencionada corresponderá a la Administración competente a propuesta de los servicios sociales.
 - o Por otra parte, se excluyen los efectos retroactivos de las prestaciones por cuidados en el entorno familiar para las personas que no hayan empezado a percibirlas y a partir de la entrada en vigor de esta norma quedaran sujetas a un plazo suspensivo máximo de dos años. Igualmente se aplica el plazo suspensivo de dos años a las solicitudes de estas prestaciones económicas presentadas pendientes de resolución.
 - o En segundo lugar, a partir de la entrada en vigor de esta norma, el convenio especial de la Seguridad Social de los cuidadores no

profesionales tendrá carácter voluntario y podrá ser suscrito por el cuidador no profesional y la Tesorería de la Seguridad Social, mientras que las cotizaciones serán a cargo exclusivo del suscriptor del mismo. Los convenios existentes en la fecha de entrada en vigor del RDL se extinguirían el 31 de agosto de 2012, salvo que el suscriptor solicitase su mantenimiento.

- Por último, se introduce un nuevo criterio de asignación del nivel mínimo de protección a las CC.AA, que pondera positivamente la prestación de servicios respecto a la PECEF, lo que, como se verá, genera problemas financieros a las CC.AA.
- Reducción de la cuantías de las prestaciones económicas, especialmente para cuidados en el entorno familiar. Las cuantías de las distintas prestaciones económicas, pero especialmente las destinadas al cuidado en el entorno familiar, que se actualizaron hasta 2010 permaneciendo congeladas desde ese momento, sufren una drástica reducción (gráfico 4.1) (un 25% del valor de 2010 y un 20% menores que la inicial en el caso del Grado III, nivel 2).
- Reducción en la aportación de la Administración General del Estado a la financiación del sistema de dependencia. Concretada en dos ámbitos:
 - o Reducción de las cuantías del nivel mínimo de financiación del sistema de dependencia. Al igual que en las prestaciones, las cuantías de nivel mínimo se actualizaron hasta 2010 y se congelaron hasta que el RDL 20/2012 las redujo de forma muy intensa (gráfico 4.2), tal y como señalamos en el apartado anterior La disminución operada en el grado III en 2012 supuso reducir la aportación un 33% respecto de su valor en 2011.
 - o Suspensión del nivel acordado de financiación del sistema de dependencia, que en ese momento supuso la desaparición de 283 mill. de euros de financiación.
- Se modifican los criterios sobre capacidad económica y participación del beneficiario. Además de incrementarse la participación de los beneficiarios en el

coste del sistema, se establecen unos criterios mínimos comunes para la determinación de la capacidad económica personal, los criterios de determinación de la renta, del patrimonio, de la participación económica del beneficiario en el coste de las prestaciones y otros específicos en relación al servicio de atención residencial y a los otros servicios del catálogo.

- Retraso del calendario de aplicación progresiva de la Ley. Los dependientes de grado I no han tenido, finalmente, derecho a recibir prestación hasta Julio de 2015, tras sucesivos retrasos.
- Se modifican las incompatibilidades. Se incorpora a la Ley el régimen de incompatibilidades, que establece los criterios y excepciones siguientes:
 - o Prestaciones económicas: son incompatibles entre sí y con los servicios del catálogo; excepto con los servicios de prevención de la dependencia, de promoción de la autonomía personal y la teleasistencia.
 - o Servicios: son incompatibles entre sí, excepto el servicio de teleasistencia que será compatible con los de prevención de la dependencia, promoción de la autonomía personal, ayuda a domicilio y centros de día y de noche.
 - o Compatibilidad de las prestaciones que faciliten la permanencia en el domicilio: las administraciones públicas competentes podrán establecerla entre prestaciones para apoyo, cuidados y atención, siempre que la suma de estas prestaciones no sea superior, en su conjunto, a las intensidades máximas reconocidas a su grado de dependencia. Estas prestaciones tendrán la consideración de una única prestación.
- Valoración de los dependientes. Se suprime la clasificación en niveles que establecía inicialmente la LAPAD para los tres grados de dependencia. Además se concreta que el baremo oficial será único y que no será posible determinar el grado de dependencia mediante otros procedimientos distintos a los establecidos por este baremo.

- Reducción de la intensidad de la atención en el SAD. Se reforma esta prestación y se establece que los servicios relacionados con las necesidades domésticas sólo podrán prestarse conjuntamente con los previstos de atención personal. El RDL distingue dos grupos: el primero formado por los procedimientos para los que haya recaído resolución antes de la entrada en vigor de esta norma y el segundo, integrado por los que no tengan resolución y los iniciados con posterioridad; esta norma fija las intensidades para el segundo grupo y señala que en el primero las Administraciones competentes podrán realizar las adaptaciones necesarias para ajustarlos a dichas intensidades. El resultado fue una reducción sustancial de la horquilla de intensidades, lo que a la postre significa una disminución de la protección de los dependientes que reciben estos servicios.
- Se suprime la exención de la obligación de aportar datos o documentación que ya obraran en poder de la Administración pública que lo solicite o que la pueda obtener por sus propios medios.
- Se modifica la denominación del “Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia”, que figuraba en el texto inicial de la ley, que pasa a llamarse “Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia” y se amplían sus competencias como instrumento de cooperación en la “articulación de los servicios sociales”, pues se refunden los anteriores Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales en un solo órgano. Se otorga la presidencia al titular del ministerio, cuestión que no figuraban en el texto de la LAPAD inicial.

Como señala Montserrat (2014, 8), este RDL 20/2012 se marcó como objetivo reducir a “mínimos” la prestación económica de cuidados familiares: la reducción de la cuantía PECEF, junto con las restricciones impuestas para ser reconocido como persona cuidadora; el derecho de carencia de dos años por parte de la Administración para empezar a abonar su importe sin poder exigir retroactividad durante ese periodo; la supresión de la bonificación de la cuota de la Seguridad Social de los cuidadores familiares; y la penalización a la Comunidad Autónoma en la determinación de la

cuantía del Nivel Mínimo por conceder dicha prestación, constituye un auténtico arsenal de medidas para el acoso y derribo de dicha prestación.

Y los datos, como ya recogimos en el apartado anterior, parecen indicar que el objetivo se está consiguiendo, pues se están reduciendo las PECF (gráfico 4.7) y están siendo sustituidas por servicios de más bajo coste como es la ayuda a domicilio con pocas horas de prestación fruto de la reducción operada (gráfico 4.8), la teleasistencia y los servicios de prevención de la dependencia, en lugar de servicios residenciales o servicios en centros de día. Como señala Molero (2014, 171) esta reforma además de sus objetivos económicos no ha estado exenta de dureza sobre la protección de las personas dependientes.

4.3.3. Cuidadores formales e informales

En consonancia con un modelo de CLD que se apoya en gran medida en el cuidado familiar, España tiene una de las proporciones más altas de cuidadores/as no profesionales. Según datos de la OECD (2011), el 15.3% de la población realiza alguna tarea para proporcionar cuidado personal y ayuda con actividades de la vida diaria a dependientes, en comparación con un 8,0% en Suecia, 9,3% en Dinamarca, 10,7% en Francia y 11,0% en Alemania (EC y SPC, 2014).

La puesta en marcha del Convenio Especial con la Seguridad Social para cuidadores y cuidadoras de personas dependientes y su bonificación total por parte de la AGE que asumió su coste, supuso un estímulo muy importante para *"formalizar"* a estos cuidadores informales, estableciendo un marco legal de reconocimiento de su importancia y dando posibilidad de acceso a los beneficios derivados de la cotización a la Seguridad Social. Si al año de comenzar la aplicación de la LAPAD había menos de 10.000 cuidadores y cuidadoras acogidos al convenio, esta cifra no dejó de aumentar hasta alcanzar los 180.021 en julio de 2012, cuando el RDL 20/2012 eliminó la bonificación. A partir de ese momento el descenso fue fulminante: en noviembre de 2011, primer mes en el que el convenio ya era a cargo del cuidador, bajaron a 25.350 y partir de ahí no han dejado de disminuir hasta estabilizarse en torno a los 12.000.

Teniendo en cuenta que las personas que reciben PECEF se situaban a finales de 2014 entorno a los 375.000, esto significa que poco más del 3% de los cuidadores informales están afiliados al Sistema General de Seguridad Social a través del convenio especial.

En cuanto a las características de las personas cuidadoras no profesionales, de acuerdo con la encuesta realizada por la OCDE (OECD, 2011), son en su mayoría mujeres, como sucede en todos los países, aunque para las edades más avanzadas (más de 75 años), la proporción de cuidadores masculinos es casi igual. Además, según esta encuesta, la intensidad de la atención en España es particularmente alta entre los países de la OCDE. Más del 50% de los cuidadores no profesionales españoles dedican más de 20 horas semanales a los cuidados, si bien esta proporción es inferior en un 35% al promedio de la OCDE. Esta es una cuestión particularmente interesante ya que, de acuerdo con el mismo informe, los cuidadores de alta intensidad son generalmente informales.

En cuanto a los cuidadores profesionales, el personal de cuidados de larga duración en España sigue siendo uno de los más escasos en comparación con el número de personas con necesidad de atención, a pesar de que se han tomado distintas medidas para aumentar la disponibilidad de cuidadores y cuidadoras profesionales; en especial, los procesos de acreditación de competencias profesionales sobre la base de la acreditación de experiencia profesional.

4.3.4. La dependencia en las Comunidades Autónomas: una perspectiva de la evolución del modelo de CLD

La toma en consideración de la aplicación de la LAPAD en las distintas CC.AA., verdaderas gestoras y responsables de los servicios y de forma abrumadora de la financiación, facilita profundizar en el modelo de CLD que se ha implantado. Esta perspectiva permite poner de manifiesto su grado de homogeneidad y, por tanto, la existencia de un único modelo de cuidados o si puede hablarse de más de un sistema

de CLD y puede establecerse una categorización que nos alumbre sobre cómo ha evolucionado el SAAD en España.

Siguiendo el trabajo de Krüger y Jiménez (2013), basado en la teoría de los regímenes de bienestar complementado por el enfoque del familiarismo desarrollado por Saraceno y Keck (2008)³⁴, es posible identificar si en la aplicación de la LAPAD se registran grandes diferencias entre las CC.AA. y si existe una cierta pauta de comportamiento de éstas según su contexto específico, a raíz de lo cual no podríamos hablar de un régimen de bienestar español homogéneo. El trabajo, tras analizar cómo se estructura la atención a la dependencia en las distintas CC.AA. concluye que hay una disparidad en la aplicación de la LAPAD según la comunidad y que, por tanto, el régimen del bienestar español tiende a diferenciarse internamente, pudiendo destacarse que:

- a) La configuración del sistema en el ámbito autonómico con las elevadas ratios de prestaciones económicas, especialmente para cuidadores familiares, indican que la LAPAD no ha producido un cambio paradigmático hacia la profesionalización en esta parte del régimen del bienestar.
- b) El desarrollo del sistema en el ámbito autonómico depende más de la voluntad política que del entorno socio-económico, pues el desarrollo general de la LAPAD, medido en la ratio de personas beneficiarias, no mantiene una correlación con el nivel de vida, por lo que se infiere una elevada influencia de la ideología política en la aplicación de la LAPAD.

³⁴ El enfoque del familiarismo desarrollado por estos autores responde al marco conceptual propuesto en el proyecto europeo “Multilinks” para evaluar las políticas sociales. La base es el concepto “familiarización – desfamiliarización” para caracterizar los regímenes de políticas sociales familiares distinguiéndose respecto a las políticas sociales cuatro tipos:

- a) *Familiarismo por defecto*: no existe ninguna alternativa pública al cuidado y soporte financiero familiar.
- b) *Familiarismo soportado*: existen políticas de soporte a las familias para que puedan mantener sus compromisos de apoyo a los miembros de la familia.
- c) *Familiarismo opcional*: el estado facilita apoyos para que las familias opten o bien por una financiación de los servicios prestados internamente o por acudir a proveedores externos.
- d) *De-familiarización*: La regulación estatal se basa en la individualización de los derechos sociales independientemente de la situación familiar. Además facilita, en el caso de servicios de asistencia social y sanitaria, el acceso solamente a servicios externos.

- c) El régimen de bienestar español se está diversificando internamente. No puede reducirse a dos modelos claramente diferenciados, sino a un continuo de sub-modelos que tienen en un extremo a la Comunidad de Madrid apostando por un bajo nivel de implicación estatal descargando los servicios a las familias. Siguiendo la línea tradicional del régimen del bienestar español, y en el otro extremo, se sitúa Andalucía con el grado de cobertura de prestaciones más alto de todas las Comunidades combinándolo con un grado de prestaciones económicas relativamente bajo.
- d) El análisis de la implementación de la LAPAD indica, de todas formas, una doble tendencia en el régimen de bienestar español:
- un cambio paulatino abandonando el modelo tradicional de familiarismo por defecto hacia un modelo de familiarismo soportado con una mayor implicación del Estado;
 - una mayor diversificación del régimen de bienestar español, que podría llevar a una situación en la que sería difícil seguir hablando de un único régimen de bienestar español, sino más bien de un régimen diversificado.

La diferente respuesta que han dado las CC.AA. al fuerte recorte de 2012 amparado en la crisis, ha provocado que el régimen de bienestar español no se esté debatiendo ya entre las opciones del familiarismo soportado y del familiarismo opcional, sino entre el familiarismo por defecto y el familiarismo soportado.

Las conclusiones de este trabajo son muy relevantes en la medida que indican no sólo la disparidad existente, si no sobre todo, el reto que supone avanzar hacia un modelo de CLD más formalizado, ya que la falta de recursos de atención formales, el asimétrico sistema de financiación que no favorece la prestación de servicios y la influencia ideológica se enfrentan a un pretendido impulso del objetivo inicial del LAPAD a partir del RDL 20/2012 que no solo no aporta medios adicionales sino que los recorta. Este debate alumbra una de las cuestiones sugerentes que se derivan del objetivo de este trabajo, analizar el impacto económico del SAAD en Andalucía, cual es

el papel que juega en una mayor profesionalización, el esfuerzo financiero que ha de realizar cada administración implicada y, por tanto, si supone o no un incentivo hacia el objetivo que se marcó inicialmente la LAPAD de avanzar en una mayor formalización de nuestro sistema de CLD.

4.4. Gasto y financiación

4.4.1. Un problema de base para el estudio del gasto y la financiación de la dependencia: la ausencia de datos globales

A pesar de la existencia de algunos datos oficiales es difícil calcular con exactitud el coste de la dependencia en España. Factores como la ausencia de contabilidad analítica separada para el SAAD en las CC.AA., la existencia de regímenes diferentes de aportación del usuario, las diferencias entre las cantidades devengadas por la AGE a las CC.AA. y las cantidades liquidadas o las diferencias en los costes de los servicios de las diferentes CC.AA. explican esta ausencia (Correa et alia 2014, 105).

El resultado es que no existen datos oficiales sobre el gasto total, privado y público, en dependencia. A la ausencia de datos sobre gasto privado se une el hecho de que no existen datos oficiales que se publiquen regularmente sobre el gasto de las CC.AA., lo que impide saber el gasto público total.

Solo las aportaciones de la AGE son recogidas de manera regular en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD), a pesar de que las CC.AA. certifican su gasto ante la AGE en cumplimiento del Acuerdo de 10 de Julio de 2012 del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

El resultado es que los datos disponibles provienen de los, relativamente, escasos, trabajos expresamente realizados tanto por personal investigador, instituciones públicas como el Tribunal de Cuentas, organismos internacionales y asociaciones privadas.

En cuanto al gasto público, pueden destacarse los trabajos de Alonso (2009), Fernández y Herce (2009), Sosvilla y Moral (2011) Gómez et al. (2012), la estimación sobre gasto público realizada por el Tribunal de Cuentas en su informe sobre fiscalización del gasto de dependencia (Tribunal de Cuentas, 2013), los de Colombo et al. (2011), Przywara, et alia (2010) y los informes sobre envejecimiento realizados por la Comisión Europea (EC 2012, 2015), centrados sobre todo en realizar proyecciones a futuro sobre este gasto.

Mención aparte merecen las estimaciones que anualmente realizan algunos miembros de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales en sus Dictámenes del Observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Barriga et alia, 2015). Su continuidad y el hecho de que estimen tanto el gasto público de AGE y CC.AA., así como el gasto privado, no solo total sino para cada CC.AA., las convierten en una fuente de extraordinario interés para el seguimiento de la dependencia en España.

Respecto de aquellos trabajos que se han centrado en calcular la aportación de los usuarios, aproximándose a su vez al coste total, pueden citarse a Vilaplana (2010, 2011), Montserrat (2011,2012), Del Pozo y Escribano (2013) y Prada y Borge (2014). El informe de Tribunal de Cuentas (2014) de fiscalización de las medidas de gestión y control adoptadas por las CC.AA para una adecuada aplicación de la LAPAD, aporta para el ejercicio 2012 datos sobre aportación de usuarios y gasto de las distintas CC.AA. No son muy frecuentes las estimaciones específicas para CC.AA, entre las que podemos citar la de Díaz (2011), el marco de una estimación del impacto de los gastos en dependencia y en el caso de Andalucía, la estimación realizada por Correa et alia (2014).

4.4.2. Las reformas de la atención a la dependencia con incidencia económica: especial referencia al Real Decreto Ley 20/ 2012

Aun cuando en el epígrafe anterior se ha recogido una síntesis de las principales reformas introducidas en el SAAD, resulta conveniente realizar un análisis específico de aquellas que tienen incidencia económica, tanto en el gasto como en la financiación del mismo, establecer el cuadro de medidas que permita acercarnos al volumen de recursos drenados del sistema y cómo estos ahorros se han distribuido entre las distintas administraciones.

A pesar de que con anterioridad al Real Decreto Ley 20/2012 de 13 de Julio se había adoptado alguna reforma, como por ejemplo, el retraso en la incorporación de los dependientes de grado 1 establecido en los RDL 8/2010 y el RDL 20/2011 o la Ley 2/2012, sobre servicio de ayuda a domicilio, es realmente en esta norma donde se aborda, en palabras del Plan Nacional de Reformas, *“una profunda reforma del sistema de Atención a la Dependencia, para racionalizar y modernizar los servicios prestados, garantizando su sostenibilidad.”* (MINECO, 2013, 23).

Esta norma, nuclea un paquete de normas como las Leyes de Presupuestos Generales del Estado para 2013 y 2014, los Reales Decretos 1051/2013, 1050/2013 y 291/2015 y la Orden SSI/2371/2013, que suponen un cambio de modelo asistencial (Monserrat, 2014, 14) (Ver cuadro 4.3).

Siguiendo el esquema de Vila (2013) y los trabajos de González Ortega et alia (2012), Monserrat (2014) y Duran (2015), es posible obtener el detalle de estas reformas.

Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público

Estos primeros cambios se refieren a la retroactividad y al aplazamiento del pago de las cantidades adeudadas, por lo que no se afecta prácticamente el modelo original diseñado en la LAPAD. Este RDL establece que a partir del 1 de junio de 2010 el plazo

para resolver las solicitudes será de seis meses desde la fecha de presentación y, en consecuencia, el derecho de acceso a las prestaciones se genera a partir de la resolución en que se reconozca la concreta prestación a percibir. Cuando la prestación económica está reconocida, el derecho a percibirla se generará cuando se cumpla el plazo máximo de seis meses sin que se hubiera notificado el reconocimiento de la prestación. Además de este aplazamiento, la norma permite retrasar y periodificar en pagos anuales las cuantías adeudadas en un plazo máximo de 5 años.

Real Decreto-Ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público

Este RDL retrasa la puesta en marcha de las prestaciones a partir del quinto año de aplicación para los dependientes grado 1, que deberían haberse incorporado al sistema en 2012, según la previsión original de la LAPAD.

Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012

Esta ley vuelve a retrasar el calendario de implantación de las prestaciones relativas al grado I, nivel 2. Para ello, diferencia entre las personas que tuvieran reconocida la prestación en el quinto año (que finalizaba el 31.12.2011) y las demás, que no podrán acceder al derecho hasta el 1.1.2014, igual que los que sean valorados con el grado I, nivel 1. Además se reducen las aportaciones estatales mediante la supresión del nivel acordado.

Ley 17/2012, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013

Se mantiene la suspensión durante el año 2013 de las aportaciones estatales correspondientes al nivel acordado. Por otra parte, establece en relación al servicio de ayuda a domicilio que, de forma excepcional y justificada, cuando lo disponga el

Programa Individual de Atención (PIA), los servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar y los servicios relacionados con la atención personal podrán prestarse separadamente, opción que, como veremos, pocos meses después volverá a modificarse.

Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad

Esta norma junto con la resolución de 13 de julio de 2012, a misma fecha del RDL, que recoge los acuerdos adoptados por el Consejo Territorial de aplicación de algunos preceptos del RDL es la que introduce más cambios y de mayor calado en la LAPAD pudiendo calificarse de verdadera reforma en profundidad. Podemos concretar dichas modificaciones en los aspectos siguientes:

1. Eliminación de los niveles en los Grados de dependencia, lo cual tiene una fuerte incidencia en aquellas prestaciones es la que existía modulación, como las prestaciones económicas o el SAD, y supone una bajada encubierta de esta intensidad, en la medida que los nuevos grados promedian, dentro de la disminución general, lo establecido anteriormente para los dos niveles.
2. Se reforma una vez más la disposición final de la LAPAD para aplazar nuevamente su entrada en vigor, señalando que el quinto año que finaliza el 31.12.2012 corresponderá a quienes sean valorados en el grado I, nivel 2 y se les haya reconocido y hasta el 1 de julio de 2015 no corresponderá a quienes fueron valorados con el grado I, nivel 2.
3. Reducción de la intensidad de la protección del servicio de ayuda a domicilio, que quedó fijada en una horquilla de 46-70 horas en el grado III, 21-45 horas grado II y 20 máximo en el grado I (estas intensidades fueron confirmadas reglamentariamente en el RD 1051/2013). Para obtener una idea de la reducción de la intensidad protectora basta con señalar que el intervalo de horas para el grado III se redujo de 70-90 horas mes a 46-70, poco más de 2 horas diarias, y el grado II de 40-55 a 21-45, 1,5 horas al día.

4. Se reducen las cuantías máximas de las prestaciones económicas, distinguiendo según se tuviera o no reconocido el grado de dependencia a la entrada en vigor de esta norma. En el primer caso, se mantienen las cuantías máximas vigentes, excepto las correspondientes a las atenciones en el entorno familiar para las que especifica las cuantías y, en el segundo, se fijan las nuevas. Las personas que tuvieran reconocido un grado y nivel de dependencia no precisarán de un nuevo reconocimiento; no obstante, en caso de revisión, el resultado se adaptará a la nueva estructura de grados.
5. En el caso de la prestación económica de asistencia personal, se amplía esta prestación que la LAPAD original se reservaba a las personas con una gran dependencia a todas las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus grados.
6. En el caso de las prestaciones económicas para cuidado en el entorno familiar, se reducen un 15% las cuantías máximas, cuyo porcentaje puede aumentarse por las CC.AA. comunicándolo al IMSERSO. Por otra parte, se excluyen los efectos retroactivos de las prestaciones por cuidados en el entorno familiar para las personas que no hayan empezado a percibir las y a partir de la entrada en vigor de la norma quedan sujetas a un plazo suspensivo máximo de dos años. Igualmente se aplica al plazo suspensivo de dos años a las solicitudes de estas prestaciones económicas presentadas pendientes de resolución. En relación con el aplazamiento y periodificación de los efectos retroactivos de estas prestaciones generados desde la fecha de la solicitud, podrán ser aplazados y su abono puede realizarse en pagos anuales en un plazo máximo de 8 años, si así se acuerda por la Administración competente.
7. El convenio con la Seguridad Social de los cuidadores no profesionales pasa a ser voluntario y se elimina la financiación del mismo, que pasa a ser por cuenta del cuidador. Así, a partir de la entrada en vigor del RDL, el convenio especial regulado en el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, pasa a tener para los cuidadores no profesionales carácter voluntario, pudiendo ser suscrito entre el cuidador no profesional y la Tesorería General de la Seguridad Social, cuyo abono no seguirá a

cargo de la Administración General de la Seguridad Social, con un periodo transitorio: desde el 1 de septiembre hasta el 31 de diciembre de 2012, la cotización a la Seguridad Social tendrá una reducción del 10% en la cuota total, siendo a cargo de la Administración General del Estado el 5% de ésta y el 85% restante, a cargo del cuidador no profesional. A partir del 1 de enero de 2013, el Gobierno dejó de cotizar y, como se ha visto, su efecto fue fulminante convirtiendo esta figura en irrelevante.

8. Aportación de los usuarios. La primera cuestión a señalar es la existencia de una falta total de transparencia, como ha señalado en sus informes de fiscalización el Tribunal de Cuentas (2013, 2014). El modelo de aportación por el usuario, definido por el Acuerdo del Consejo Territorial de 10/7/2012 trajo consigo una serie de efectos perversos que lo hacen poco equitativo, ejerciendo una elevada presión recaudatoria sobre las personas usuarias con pocos recursos económicos.

El enfoque de situar las bonificaciones en la cuota, en lugar de establecer una escala progresiva en función de la renta, favorece a las rentas medias-altas (tope en la cuota) mientras que penaliza a los que no tienen esa capacidad económica, rentas medias-bajas, que no tienen en ningún tope, excepto el de garantía de ingresos mínimos cuya cuantía es realmente ínfima (un 19% del IPREM, en el caso del servicio residencial). Dicho importe es totalmente insuficiente para pagar aquellos gastos personales no cubiertos por el sistema (audífonos, gafas, dentista, vestuario, podólogo, entre otros) lo que deja a la persona usuaria completamente sin recursos. Ese empobrecimiento se hace más acuciante con la inclusión del patrimonio, el cual eleva la capacidad económica del usuario sin que haya una correspondencia con ingresos líquidos, lo cual puede en determinados casos hacer que la persona beneficiaria deba hipotecar su patrimonio a cuenta de la administración por la deuda que se origine con ella (Montserrat, 2014, 13).

9. Reducción de la aportación de la administración central a la financiación de la dependencia. Esta reducción se concretó en la supresión de la financiación acordada y la reducción y modificación del sistema de entrega a las CC.AA. del

Nivel Mínimo Garantizado, con efecto muy notable sobre las finanzas autonómicas que han tenido que afrontar el sostenimiento del sistema con muchos menos recursos, pues su gasto ha permanecido igual. Es decir, este recorte ha dejado a las regiones en una situación financiera tensa (González Ortega et alia, 2012).

La reducción de la aportación de la AGE para la financiación del nivel mínimo de protección se estableció un doble criterio, según los beneficiarios a la entrada en vigor de la norma tuvieran o no la resolución sobre la situación de dependencia, indicando las cuantías correspondientes en cada caso (ver cuadro 4.2 y gráficos 4.2. y 4.3).

En cuanto al nuevo mecanismo de reparto como señala Montserrat (2014, 10) “el RDL 20/2012 modifica el concepto del Nivel mínimo y transgrede la finalidad para la que fue creado. Este nivel de financiación se estableció para garantizar que la persona beneficiaria recibirá la prestación otorgada, obligando a la CC.AA. a que aporte una cuantía como mínimo igual a la que ha puesto la AGE. Por eso se denomina “nivel mínimo de protección garantizado”. Su objetivo declarado de reorientar el modelo olvida que este Nivel Mínimo está ligado solo a la persona no la CC.AA., y no debería utilizarse como instrumento para reorientar las decisiones de las CC.AA. que tienen plena competencia para asignar las prestaciones que están dentro del catálogo de la LAPAD, penalizando a las CC.AA. que sigan asignando prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar.

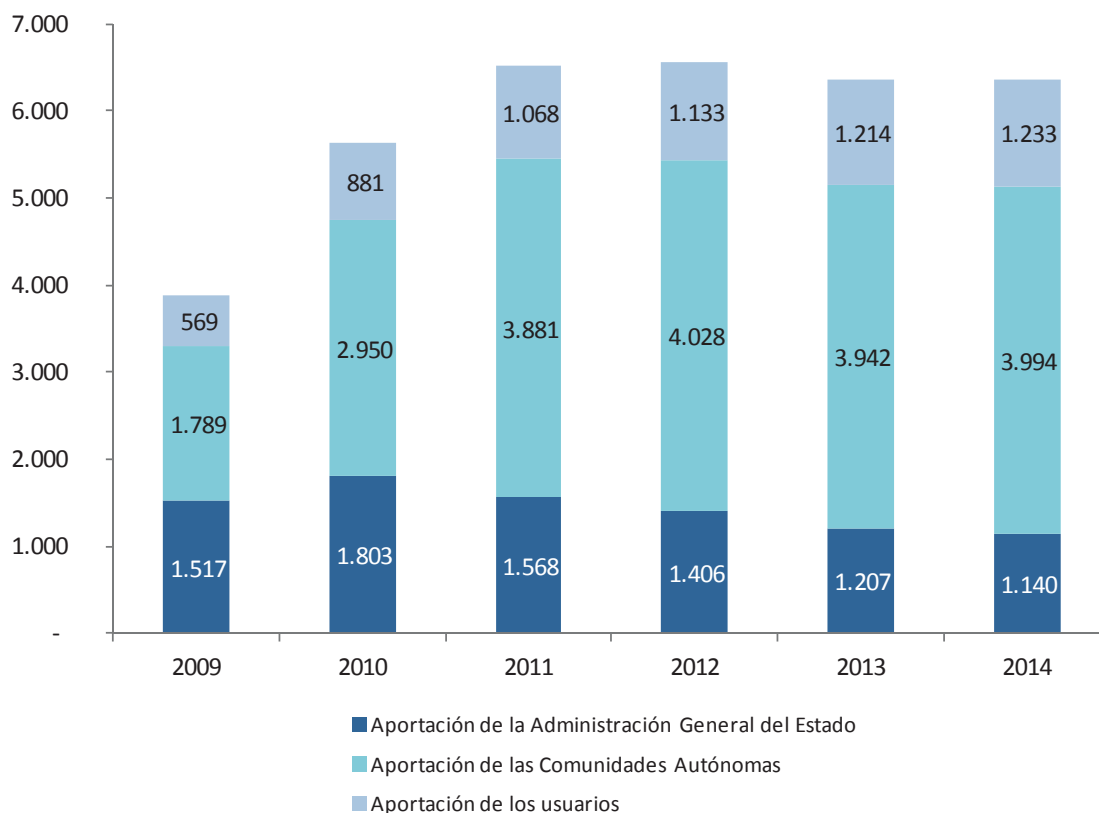
Así, la distribución entre las CC.AA. del nivel mínimo de protección transferido por la administración general del Estado ya no sólo se efectuará conforme al número de beneficiarios y la cuantía por grado de dependencia reconocida para cada uno de ellos, sino que se ponderará positivamente la prestación de servicios respecto a la prestación económica por cuidados en el entorno familiar. El RD 1050/2013 desarrolla reglamentariamente la regulación del nivel mínimo de protección en el que se recoge el nuevo criterio de asignación propuesto por el Consejo Territorial. La incorporación del mismo se realizará de forma progresiva en un calendario de cinco años. En el primer año los criterios de distribución de este nivel mínimo corresponderán en un 90% al reparto por beneficiarios y en un 10% a prestaciones

de servicio. Esos porcentajes se van modificando a lo largo de los cinco años siguientes hasta alcanzar un 50% para cada criterio.

4.4.3. Evolución del gasto y la distribución de la financiación

Como se ha apuntado, no existe información oficial sobre el gasto público y privado de la Dependencia. Para estudiar su evolución se ha optado por utilizar las estimaciones que Barriga et alia (2015) realizan en el marco del XIV Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, dado que es la única fuente que ofrece una serie con datos recientes, con la misma metodología de estimación y diferenciando entre las fuentes de financiación: AGE, CC.AA. y personas usuarias. Los resultados se ofrecen en el gráfico 4.9.

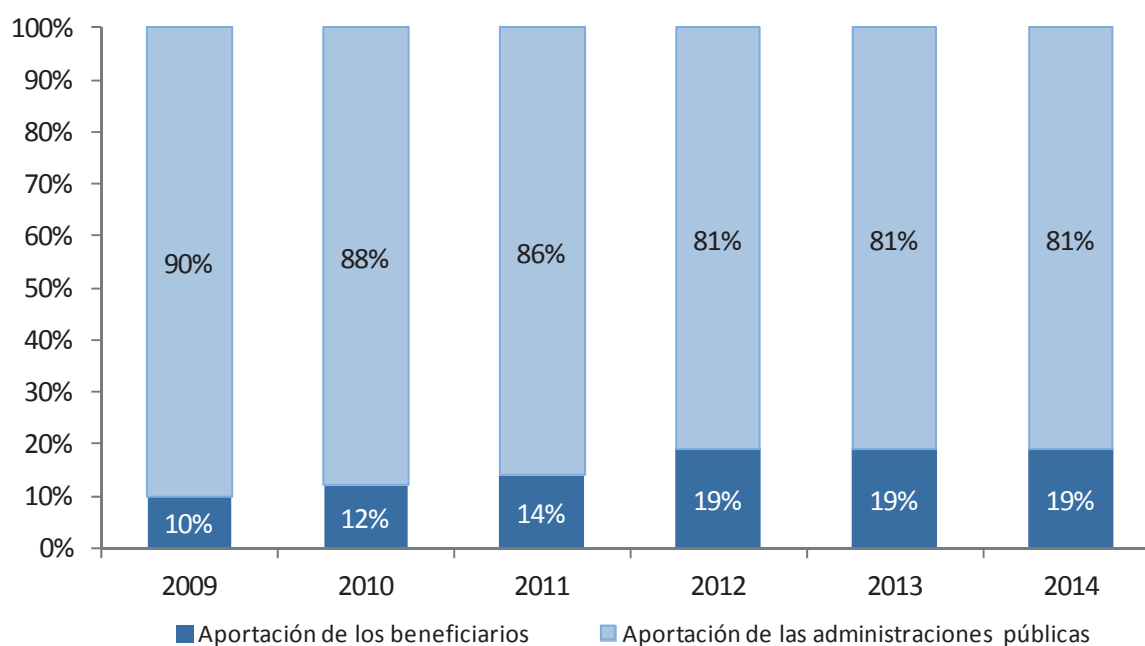
Gráfico 4.9. Evolución del gasto en atención a la dependencia, total y por fuentes de financiación 2009-2014. Millones de euros.



Fuente: Elaboración propia a partir de SISAAD

Puede observarse como el gasto en dependencia ha crecido un 64% desde 2009. En una primera etapa, el gasto creció hasta 2012, en consonancia con el incremento progresivo del número de dependientes, para estabilizarse ese año (año de la reforma) y registrar ligeras disminuciones en los siguientes. Este crecimiento, sin embargo, es muy desigual según los financiadores. Mientras la aportación privada se ha duplicado (el crecimiento ha sido del 116,7%), la pública se ha incrementado el 55%. El resultado es que las aportaciones de los usuarios no han dejado de aumentar hasta alcanzar el 19% del total, 9 nueve puntos más que en 2009, y que son los que ha perdido el sector público (gráfico 4.10.). Pero a su vez, dentro el gasto público la evolución es muy diferente entre la AGE y las CC.AA. Éstas últimas han aumentado su aportación un 123%, el agente financiador que más esfuerzo ha realizado, pasando a suponer un 62,7% (casi dos de cada tres euros), la AGE ha reducido su aportación en un 24% de manera que su participación se ha reducido a la mitad, un 18%. De hecho, su financiación media por beneficiario se ha reducido a la mitad.

Gráfico 4.10. Evolución de la distribución de la aportación financiera de las administraciones públicas y de los beneficiarios al gasto en dependencia. 2009-2014, (% sobre el total)



Fuente: Elaboración propia a partir de Barriga (2014)

Esta evolución, como veremos a continuación, es consecuente con el resultado de la distribución por administraciones de los recortes realizados en 2012.

A raíz del informe de fiscalización realizado por el Tribunal de Cuentas (2014) sobre las medidas de gestión en materia de dependencia puestas en marcha por las CC.AA., se ha generado un cierto debate sobre la consideración de una parte de la financiación autonómica como financiación de la dependencia. Efectivamente, aunque el propio informe reconoce que la financiación finalista específica de la dependencia está constituida por el nivel mínimo de protección y que en base a esto todas las CC. AA. cumplieron con la obligación legal del art 32 de la LAPAD de aportar una cantidad igual a la de la AGE, el informe calcula la aportación recibida vía sistema de financiación y distribuida por el número de dependientes (Tribunal de Cuentas, 2014, 81-85). Esta iniciativa, además de controversia, ha provocado que algunos trabajos recientes de estimación del gasto en dependencia como el de Prada y Borge (2014) lo tomen en consideración. Esta es una financiación adicional que reciben las CC.AA. para cubrir el coste de los servicios sociales entre los cuales se encuentra la dependencia, y que se utilizó como mecanismo de reparto en el momento de fijarse en el nuevo modelo, el número de dependientes. Es decir, dado que la financiación autonómica no es finalista, las referencias a la dependencia de la Ley 22/2009 se refieren exclusivamente a los criterios empleados para cuantificar un ingreso adicional al conjunto de la financiación de los servicios sociales que les corresponde a las CC.AA. Como señala, Monserrat (2014,10), *“en ningún caso se puede considerar ese montante como aportación adicional de la AGE, ya que si ese hubiera sido el propósito del legislador, esas cuantías deberían figurar en los Presupuestos Generales del Estado en el programa de Atención a la dependencia igual que ocurre con el Nivel Mínimo y el Nivel acordado”*. La irrupción de este cálculo vinculado a la financiación de la dependencia solo produce confusión, en un momento en el que la asimetría de la financiación ente las distintas administraciones y las perspectivas de crecimiento del gasto están produciendo un intenso debate sobre la sostenibilidad del SAAD.

En cuanto al nivel relativo del gasto en CLD en España en relación al resto de Europa, tal y como señalamos en el capítulo anterior, las estimaciones del reciente informe sobre envejecimiento de la Comisión Europea (EC, 2015), que sitúan en 2013 el gasto en el 1% del PIB, ponen de manifiesto que todavía estamos muy lejos de la media europea: nuestro gasto supone el 60% de dicha media. De hecho entre las principales economías de la Unión Europea somos el país que realiza un menor esfuerzo relativo en función de nuestro PIB, incluso por debajo de Reino Unido cuyo peculiar régimen de Bienestar hace que su volumen de gasto público sea bajo generalmente (Cuadro 4.4.).

Cuadro 4.4. Comparación del gasto en CLD en distintos países de Europa

	% PIB	UE-28=100
Alemania	1,4	85,4
España	1,0	60,2
Francia	2,0	120,5
Italia	1,8	109,6
Reino Unido	1,2	70,7
Suecia	3,6	221,1
EU-28	1,6	100,0
Area Euro	1,7	104,3

Fuente: Elaboración propia a partir de EC (2015)

4.4.4. Estimación de la cuantía de los recortes y distribución por administraciones de los ahorros

El conjunto de medidas puestas en marcha actúan de muy diferente manera para producir un ahorro: ya sea “mediante la contención el gasto mínimo exigido a las Autonomías en la gestión de las prestaciones (simplificación de los grados de dependencia, reducción de la intensidad de las prestaciones, reducción de las cuantías máximas de las prestaciones económicas, carencia de dos años en la prestación económica del cuidador familiar); otras inciden disminuyendo la financiación de la AGE a las CC.AA. (disminución de las cuantías del Nivel Mínimo, suspensión del nivel

acordado) y, por último, otro grupo de medidas actúa recortando derechos o exigiendo mayor colaboración de las personas beneficiarias (retraso del derecho de entrada de las personas dependientes de grado 1, incremento de los copagos, supresión de la bonificación de la cuota de la Seguridad Social) (Monserat, 2014, 14). El resultado buscado es reducir el gasto público en dependencia, pero esto supone, evidentemente, no solo una reducción de la protección social, sino también de la capacidad de arrastre económico y del empleo de estos servicios.

Existen distintas estimaciones del volumen de gasto recortado como consecuencia, fundamentalmente, de las medidas contenidas en el RDL 20/2012 de 13 de Julio y las disposiciones asociadas. La primera estimación la realizó Vilaplana (2012) al poco tiempo de la promulgación del RDL 20/2012. Sus cálculos situaban la reducción del gasto en 1.592,8 millones de euros, un 0,14% del PIB de 2011. Las dos grandes partidas del recorte fueron la reducción de horas de la atención a domicilio con casi 720 millones, el 45% del total, y la eliminación de la financiación del Convenio Especial de la Seguridad Social de Cuidadores no profesionales, con 338,3 millones, el 21,2%. Ambos recortes inciden negativamente en el desarrollo de una atención de calidad en el entorno familiar, como alternativa a las instituciones de cuidado. La reducción de las cantidades máximas a percibir en las PECEF de los dependientes que ya disfrutaban de esta prestación antes del Real Decreto Ley, que representaba un el 18,9% del total de ahorro y la reducción del mínimo aportado por la AGE, que supone otro 13,6%, completan el resto de partidas significativas. Hay que señalar que, según esta estimación, se producen incrementos de gasto como consecuencia de las medidas en relación a la Prestación Económica al Servicio y a la Prestación para un Asistente personal. Entre ambas suponen unos 250.000 euros de gasto adicional.

El Programa Nacional de Reformas presentado a la Comisión Europea en 2013, (MINECO, 2013), contiene una estimación específica de la reducción de gasto que supusieron las reformas contenidas en el RDL 20/2012. Sus cálculos se refieren al periodo 2012-2014 con un ahorro de gasto público estimado de 4.584 millones de euros, 559 en 2012, 1.707 en 2013 y 2.278 en 2014.

Por su parte Monserrat (2014) en el marco del VII informe de Exclusión y Desarrollo Social en España 2014, realiza una estimación muy completa de las reducciones de gasto motivadas por las reformas realizadas en la LAPAD. Su estimación para el periodo 2012-2014, asciende a 7.155 millones de euros, un 50% más de la estimación contenida en el Programa Nacional de Reformas de 2013. Respecto de la estimación realizada por Vilaplana, las cifras son prácticamente coincidentes para 2012, único año para el que este autor realiza una estimación.

En relación a la estimación de Monserrat (2014), ver cuadro 4.5, un primer aspecto a señalar es la senda creciente de su estimación, pues el ahorro calculado para 2014 duplica el correspondiente a 2012.

Cuadro 4.5 Distribución del ahorro de las reformas del SAAD por administraciones 2012-2014

Medidas de ahorro (*)	Gasto público total				Gasto público AGE				Gasto público CC.AA.			
	2012	2013	2014	Total	2012	2013	2014	Total	2012	2013	2014	Total
Retraso en la entrada del Grado I	432	1.002	1.662	3.096	104	178	295	576	328	824	1.367	2.520
Reducción intensidades del SAD	36	145	144	325	0	0	0	0	36	145	144	325
Reducción de las cuantías máximas prestación económica y simplificación de grados	114	254	253	621	0	0	0	0	114	254	253	621
Disminución del importe del Nivel Mínimo Garantizado	68	145	143	356	68	145	143	356	0	0	0	0
Suspensión financiación Nivel Acordado	283	283	283	849	283	283	283	849	0	0	0	0
Suspensión de la bonificación de la cuota de los cuidadores a la seguridad social	637	606	546	1.789	637	606	546	1.789	0	0	0	0
Total	1.570	2.435	3.031	7.036	1.092	1.212	1.267	3.570	478	1.223	1.764	3.466
Gasto Público (**)	5.434	5.149	5.134	15.717	1.406	1.207	1.140	3.753	4.028	3.942	3.994	11.964
% sobre el Gasto Público total	28,9%	47,3%	59,0%	44,8%	77,6%	100%	111,1%	95,1%	11,9%	31,0%	44,2%	29,0%
Participación de cada administración en el gasto público del SAAD	100%	100%	100%	100%	25,9%	23,4%	22,2%	23,9%	74,1%	76,6%	77,8%	76,1%

(*) Estimación realizada por Monserrat (2015)

(**) Estimación de Barriga et alia (2015)

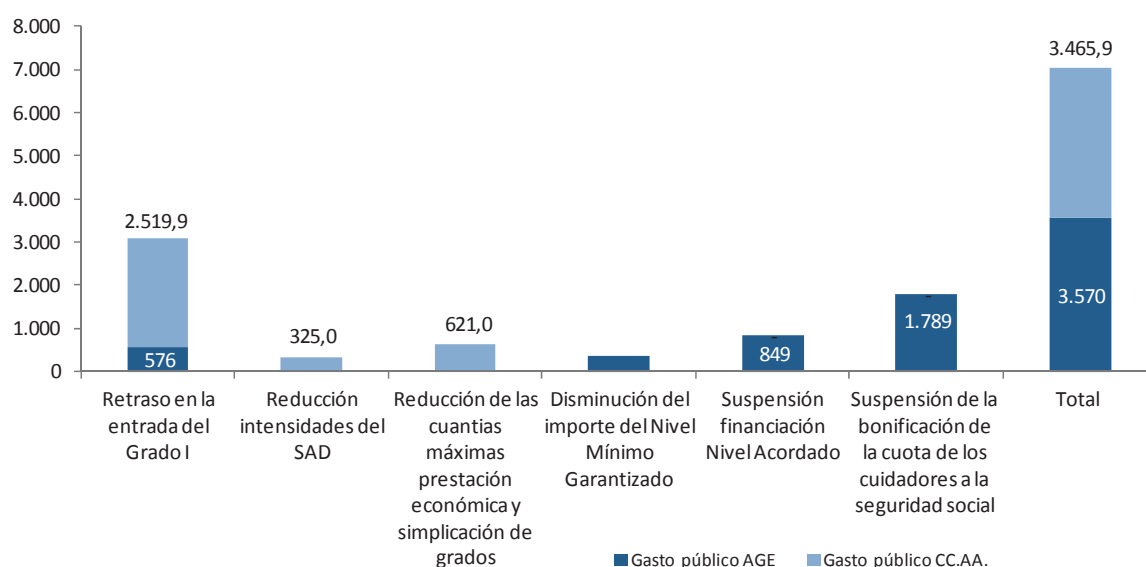
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Monserrat (2015) y Barriga (2014)

En segundo lugar, la mayor cuantía se debe al retraso de la entrada en el sistema de los dependientes de grado I, con casi 3.100 millones de euros, más de la mitad registrados en 2014, aunque este ahorro se irá diluyendo a medida que el SAAD sea

capaz de absorber a los dependientes de este grado a partir del 1 de Julio de 2015, fecha en la que ya se ha producido la aplicación de la LAPAD a este colectivo. La segunda partida es la relativa a la supresión de la bonificación de la cuota de la Seguridad Social de los cuidadores, con 1.790 millones de euros. El resto de partidas que supone 2.269 millones de euros, no solo se mantendrá sino que probablemente aumentara a medida que se vayan incorporando más personas dependientes, compensando la disminución de ahorro producida por la incorporación al sistema de los dependientes de grado 1.

En conclusión, todas las estimaciones coinciden en señalar la fuerte disminución de gasto público generado por las reformas introducidas a partir de 2012. Para dimensionar cómo afecta al esfuerzo que realiza cada administración este menor gasto público es posible realizar una estimación a partir de los cálculos de ahorro realizados por Monserrat y relacionarlos con el gasto público estimado por Barriga et alia (2015). Los resultados se recogen en el cuadro 4.5 y el gráfico 4.11.

Gráfico 4.11. Distribución del ahorro de las reformas del SAAD por administraciones. 2012-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Monserrat (2015).

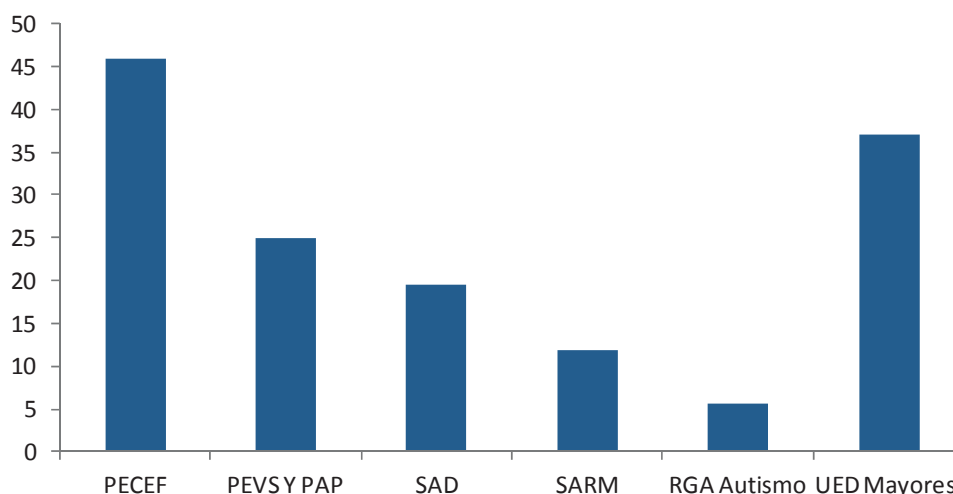
Si comparamos el ahorro con la estimación de gasto público en dependencia, no solo se pone de manifiesto la importancia del ahorro, sino también la fuerte asimetría

respecto de los que aporta cada administración. El ahorro es más de un tercio del gasto público del periodo, alcanzado en 2014 el 50% del gasto público efectuado. Es decir, sin los recortes el gasto público en 2014 hubiera sido un 50% más alto, lo que ofrece una imagen clara de la importancia de los fondos quitados al sistema y que en última instancia supone menor protección de los dependientes. Si esta comparación la realizamos por administraciones, los resultados ponen de manifiesto que, si bien el ahorro prácticamente se reparte al 50% entre ambas, se produce una intensa asimetría en términos de la aportación de cada una de ellas. Así mientras el ahorro para las CC.AA. habría supuesto en el periodo una cantidad equivalente al 29% de su aportación, con un máximo del 44% en 2014, en el caso de la AGE, la cantidad ahorrada prácticamente es equivalente a su aportación, siendo en 2013 y 2014 mayor incluso a su financiación. El resultado ha sido que el peso de las CC.AA. en la financiación no ha hecho más que crecer y el de la AGE disminuir, incluso se ha reducido en términos absolutos mientras que el de la CC.AA. ha aumentado.

Para terminar de valorar el impacto económico de la reforma del SAAD emprendida en 2012, merece un comentario el sistema de distribución entre CC.AA. del Mínimo Garantizado de la AGE implantado por el Real Decreto 1050/2013 de 27 diciembre en su artículo 4 y en la DT 1ª. El sistema trata de impulsar un mayor desarrollo de los cuidados formales frente a los informales en el hogar con la PECEF. Para ello introduce un mecanismo de reparto del 50% que corresponde a las CC.AA., que premia a aquéllas que presenten una ratio de cuidados formales sobre el total superior a la media, o dicho de otra manera, un porcentaje de beneficiarios del PECEF inferior a la media. En principio, puede pensarse que el sistema sirve al objetivo original de la LAPAD de desarrollar un sistema de atención universal, profesionalizado y de calidad. El problema lo plantea el hecho de que no se tienen cuenta las diferentes circunstancias de las CC.AA. como la concentración de la población, la dotación de recursos para la asistencia, el modelo de familia, las tasas de actividad femenina, etc., que plantean diferentes capacidades para avanzar en este proceso de formalización de los cuidados. A pesar de la implantación progresiva prevista en la DT 1ª, y el límite previsto de un 60-40 en la distribución de forma que el sistema de premio no superará

el 40% de la financiación a repartir, lo cierto es que puede acentuar las diferencias ya existentes y poner en dificultades a muchas CC.AA..

Gráfico 4.12. Participación del NMG en la financiación de distintas prestaciones de atención a los dependientes



PECEF: se ha utilizado como valor de referencia la cuantía máxima para el grado III.

PEVS Y PAP: se ha utilizado como valor de referencia la cuantía máxima para el grado III.

SAD: se ha utilizado como referencia el límite superior de la horquilla de horas para dependientes de grado III y costes de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

SARM: Servicios residenciales para mayores se ha utilizado como referencia los costes de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

RGA Autismo: servicios residenciales para autistas. Residencia se ha utilizado como referencia los costes de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

UED Mayores: unidades de estancia diurna se ha utilizado como referencia el coste para 22 días laborales mensuales del servicio sin transporte y costes de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

Fuente: Elaboración propia a partir de Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care (OECD, 2011)

Pero es que además, este sistema plantea un fuerte problema de sobreesfuerzo financiero para las CC.AA, pues mientras la aportación de la AGE es constante para cada grado, independiente del recurso que finalmente tenga asignado el dependiente, el coste no es el mismo para las CC.AA. En otras palabras mientras la AGE realiza el mismo esfuerzo financiero sea cual sea la prestación que recibe el dependiente, en el caso de la CC.AA. éste se puede multiplicar hasta por 20 dependiendo del tipo de prestación o asistencia que reciba. Así, (gráfico 4.12.) mientras la aportación de la AGE a través del Mínimo Garantizado supone entre un 45,9% de la cuantía máxima del

PECEF (es decir la aportación de la AGE casi financia el 50% del gasto para esta prestación económica en el grado III), en el caso de una plaza de residencia apenas cubre el 12% del total o poco más del 5% para las destinadas a los casos más graves de discapacidad, el 25% para la PEVS o PAP, menos de un 20% para el SAD o algo más de un tercio en la UED sin transporte.

Aunque la aportación del usuario cubra parte de esta diferencia, lo cierto es que dependiendo del recurso la financiación aportada por la Comunidad Autónoma puede duplicar, triplicar o cuadruplicar la de la AGE. En consecuencia este sistema empuja a asumir un mayor coste a las CC.AA. y no la AGE, lo que supone un serio obstáculo por las dificultades financieras que atraviesan las administraciones territoriales, que vienen realizando un esfuerzo de ajuste de su déficit, considerablemente mayor que el realizado por la administración central. De esta forma el esfuerzo para mejorar el SAAD descansa exclusivamente en la CC.AA. habiéndose desentendido totalmente el gobierno central.

4.5. Impacto económico y sobre el empleo

A diferencia de los estudios para calcular el gasto en dependencia, existe un reducido número de estudios que aborden el impacto económico y sobre el empleo de estos gastos. En el apartado anterior hemos puesto de manifiesto que en los últimos años han visto la luz un conjunto de estimaciones del gasto generado por el Sistema de Atención a la Dependencia, tanto a nivel nacional como en distintas CC.AA., motivado por la falta de un sistema completo de información que permitiera identificar el esfuerzo financiero que los distintos agentes públicos o privados están realizando en la materia. Sin embargo, prácticamente no se han realizado estudios sobre cuál es la contribución de este gasto, tanto público como privado, al desempeño económico. Como excepciones podemos citar alguna Comunidad Autónoma como Cantabria (Díaz, 2011), y aquellos que a nivel nacional se han realizado basados en el modelo Hermin-España, complementados también en algún caso por análisis Input-Output.

Tal y como hemos apuntado, este es uno de los principales problemas para valorar cuál es la contribución del Sistema de Atención a la Dependencia, pues si bien nadie duda de su enorme contribución al bienestar y al desarrollo de un Estado del Bienestar que pueda realmente recibir ese nombre, muy poco se ha hecho para dimensionar su impacto económico.

Este déficit tiene una gran implicación en términos del debate que existe sobre si el gasto social debe ser considerado en términos estrictamente económicos como un consumo o como una inversión, tal y como apuntan los nuevos enfoques sobre el Estado del Bienestar el gasto social, que piensan que éste no sólo no se contrapone al crecimiento sino que es un factor decisivo para el mismo (Ahn y Kim, 2015; Bonoli y Natali, 2009 y 2012; Hasmath, 2015; Hemerijck 2103; Midgley 2013; Morel, Palier y Palme 2012b, 2013, 2015, Taylor-Gooby et alia, 2015).

Una falta de estimaciones que afecta tanto a las que podríamos denominar de demanda o a corto plazo, centradas en los impactos sobre las variables macroeconómicas y empleo, como aquellas que se centran en la mejora de la capacidades productivas, que tiene un enfoque más de oferta y a largo plazo. Ausencia que no es baladí, pues esta falta de estudios sobre los impactos económicos resta base empírica a esta nueva orientación de las políticas sociales. Dicha ausencia, que además causa una gran extrañeza ante la generalización de estudios, tanto de oferta como demanda, pero especialmente de demanda, sobre casi cualquier evento cultural, deportivo o de ocio o institución de nueva creación.

Despejar el sesgo ideológico que puede atribuirse a esta asimetría en la preocupación de investigadores, requiere una generalización de los estudios de impacto económico del gasto en dependencia que permita valorar las consecuencias económicas de los distintos usos alternativos de los fondos públicos. A continuación recogemos los principales resultados de los estudios realizados en el ámbito de la dependencia, distinguiendo entre efectos económicos y sobre el empleo.

4.5.1. Impacto económico

La existencia de estimaciones previas a la implantación de la LAPAD con un horizonte 2010 (IMSERSO, 2004) y un estudio de impacto real referido a ese mismo año (MISPSI, 2011) permiten realizar una primera aproximación a los impactos previstos y reales de la LAPAD.

En el caso del impacto sobre las principales macromagnitudes, con carácter previo a la puesta en marcha del Sistema de Atención a la Dependencia, la memoria de Anteproyecto de LAPAD, (MITASS, 2005) estimaba, basándose en el Libro Blanco de la Dependencia LBD (IMSERSO, 2004), que el gasto corriente asociado a la atención a la dependencia subiría desde un 0,33% del PIB en 2004 hasta un 1,05% en 2010, lo que en realidad se tradujo, según los datos del Informe de Evaluación (MISPSI, 2011), en un gasto equivalente al 0,59% del PIB. En términos de impacto supondría un diferencial de crecimiento del PIB del 0,28% de media en el periodo 2005-2010.

Por su parte Herce et alia (2006), aunque basado en el LBD, realizan una estimación paralela de los efectos económicos y sobre el empleo del Sistema Nacional de Dependencia realizados en el Libro Banco entre 2005 y 2010. Sus cálculos se fundamentan en la Tabla Input/Output de la economía española para 2000 del INE y el modelo macroeconómico HERMIN-España de FEDEA³⁵. En primer lugar, su previsión de desarrollo era que un sistema totalmente público del Sistema de Atención a la Dependencia situaría el gasto nuevo para 2010, a precios de 2005, en 9.640 mill de euros, el 0,84% del PIB, de los cuales 8.366 millones, el 0,72% del PIB, sería gasto corriente. Esto supone que los distintos servicios y prestaciones de atención a la dependencia alcanzarían, tal y como señala el libro Blanco el 1,05% del PIB si a este 0,72% del PIB en gasto corriente se le añade el 0,33% del PIB ya existente en 2003.

Su estimación sitúa el impulso medio sobre el PIB en un 1,03 % para un sistema de atención totalmente público y de un 0,94 %, en el caso de un sistema mixto público-

³⁵ Para profundizar en el modelo Hermin.-España ver Bradley, Modesto, y Sosvilla-Rivero (1995); Herce, y Sosvilla Rivero (1995).

privado. En términos de tasa de crecimiento, la aportación de la dependencia la estima en un 0,28% adicional en el caso de un sistema público y de 0,26% en caso de un sistema mixto.

Ambas estimaciones, las del Libro Blanco y la de Herce et alia, sobre la base de una proyección de gasto, muestran una repercusión esperada significativa de la puesta en marcha del Sistema de Atención a Dependencia, SAD, con un peso de total de gastos en el entorno del 1% del PIB y una aportación al crecimiento del entorno del 0,25%.

Por otro lado, según los cálculos del informe al gobierno (MISPSI, 2011, 242), basado en datos de gasto real 2009 y 2010 (un 0,44% y un 0,59% del PIB respectivamente), utilizando el modelo Hermin-España, a precios constantes del año 2000, estiman que el impacto de la atención a la dependencia supondría un 0,30% del PIB de 2010, con una aportación al crecimiento del 0,15 puntos, lo que sin duda ayudó a suavizar el perfil regresivo de la tasa de crecimiento del PIB en ese año respecto a 2009, en plena aceleración de la crisis. A pesar de este impacto positivo, los datos reales se situaron lejos del 0,28% recogido en la memoria de la LAPAD. Es evidente que aunque no se cumplieron las previsiones del Libro Blanco, los datos son muy significativos. Aun cuando la diferencia de base de ambas estimaciones (2005 las basadas en el Libro Blanco y 2000 las del informe de evaluación) pueden explicar una parte de esta diferencia, la fuente principal hay que buscarla en la propia implantación del sistema. El grueso de la diferencia se explica por la evolución real del gasto y su distribución entre las distintas prestaciones y de forma muy concreta por el predominio de las prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar que, frente a la excepcionalidad que marcaba la ley suponían a finales de 2010 casi un 55% de las prestaciones principales (gráfico 4.7).

Por su parte, Gómez et alia (2012), también con datos reales a partir de estimaciones de los presupuestos consolidados en atención a la dependencia de las CC.AA. y de la Administración General del Estado para el período 2007-2011, utilizan el modelo econométrico HERMIN-España para realizar una evaluación del impacto esperado sobre las variables macroeconómicas de las transferencias, ayudas e inversiones

contempladas en dichos presupuestos. El cálculo implica obtener las diferencias de desempeño con un escenario sin atención a la dependencia y el real con el gasto presupuestado.

La simulación establece que la diferencia en el valor medio del PIB a precios constantes de 2000 entre ambos escenarios durante el período 2007-2011 se estima en 4.159 millones de euros. Por otra parte, los resultados obtenidos implican que si bien se estima una tasa media de crecimiento real anual (TCA) del PIB, en euros de 2000 en el período 2006-2011 del 0,25% (escenario con dependencia), dicha tasa sería del 0,12% sin los efectos del gasto presupuestado para la atención a la dependencia. Este diferencial de 0,13 puntos porcentuales constituiría el plus de crecimiento derivado de los efectos totales de la ejecución de este gasto (Gómez et alia, 2012, 138). Este valor se movería en la línea de lo estimado en el informe al gobierno sobre valoración de la dependencia (MISPSI, 2011), que indicaría un impacto positivo pero sensiblemente inferior al previsto cuando se elabora la ley.

Una perspectiva interesante sobre el impacto económico de la atención a la dependencia es la que se refiere a la valoración del cuidado informal. Es evidente que una parte muy importante del cuidado de los dependientes en España sigue siendo cuidado informal, no solo de aquellos casos en los que se percibe la prestación económica, sino también del complemento necesario en otras prestaciones formales, como la del Servicio de Atención Domiciliaria o de Estancia Diurna. Del trasvase del cuidado informal al formal dependen en gran medida no solo el impacto económico de la Ley, sino también, en una medida muy importante, la igualdad de oportunidades para quienes vienen asumiendo el grueso de los cuidados: las mujeres. Igualdad que a la postre se traducirá en mayor potencial de crecimiento en la medida que puedan desplegar todo su potencial sin las restricciones al mismo derivadas de falta de capacidad económica para buscar alternativas al cuidado informal. Este sentido, Oliva et alia (2011), realizan una estimación del impacto en el PIB de 2008 del valor de los cuidados, formales e informales de personas mayores en situación dependencia, tanto para el conjunto de España como para las distintas CC.AA. Según sus cálculos el valor

de estos cuidados oscilaría entre 2,30% y 3,60% del PIB según el coste/hora a la que se valore la hora de cuidado. Para situar este valor, hay recordar que el informe al gobierno de evaluación del despliegue del SAD situaba en 2010, dos años después de esta estimación y por lo tanto con un mayor despliegue del SAD, un impacto del 0,59%, entre 4 y 6 veces menos que el cuidado informal, lo cual da una idea del potencial de crecimiento del impacto si además añadimos todo el efecto multiplicador que genera la actividad de servicios sociales. El dato en el caso de Andalucía es todavía más significativo, pues oscila entre un 3,54% y un 5,36%.

Una mención aparte requiere el impacto en las finanzas públicas. En este sentido tanto el informe sobre evaluación (MISPSI, 2011) como el trabajo de Gómez et alia (2012) realizan sendas estimaciones sobre el impacto en la recaudación del gasto en dependencia y, por tanto, de la tasa de retorno, así como del impacto en el equilibrio de las cuentas públicas. Respecto del primer elemento -la tasa de retorno-, el Informe de Evaluación lo sitúa en 19,70% mientras que el segundo lo eleva a un 27% de media. Es decir entre una cuarta y una quinta parte del gasto asociado a la dependencia retorna a las arcas públicas, lo que es un porcentaje muy apreciable.

Por su parte, las estimaciones realizadas por el Observatorio de la LAPAD elaborado por la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales elevan sustancialmente los retornos obtenidos por las administraciones. Otra cuestión es el reparto entre ellas (Barriga et alia, 2015). Así, según su estimación se ha situado en el 37% del gasto público anual en 2014, con un senda claramente creciente, ya que en los últimos 5 años ha aumentado casi cinco puntos, a pesar de la reducción del gasto, lo que debería hacer reflexionar sobre la importancia estratégica de la inversión pública en la atención a la dependencia (Barriga et alia, 2015,34).

Este retorno, propicia que en general el impacto en el déficit y la deuda pública de la implantación del SAD pueda calificarse de moderado. Así, el déficit se habría incrementado entre un 0,25% (informe de evaluación) y un 0,49% del trabajo de Gómez et alia para el año 2010. En este último trabajo, la media para el periodo 2006-2011 es de un -0,39%, aunque alcanza el 0,54% en 2011, con déficit total del 6,25. Su

aportación a la ratio deuda/PIB es también moderada: de 0,51% del PIB en 2010 según estimaciones del informe y de 0,50% según Gómez el alia, que sitúa su impacto medio en el periodo 2006-2011 en 0,43%, periodo en el que la deuda casi se duplicó (de un 36,13% del PIB en 2007 al 63,82 de 2011).

Desde luego, a la luz de estos datos, es más que evidente que los gastos en dependencia no son los protagonistas, si acaso actores muy secundarios, del deterioro de las finanzas públicas y desde luego no lo son tampoco las CC.AA. que asumen la mayor parte de este gasto. Por lo que es difícil entender la dureza del recorte realizado 2012 sobre unos datos de tan reducido impacto en el equilibrio de las cuentas públicas.

4.5.2. Impacto sobre el empleo

A diferencia de las variables macroeconómicas, en el caso del empleo no solo existe un mayor número de estimaciones, sino que además podemos acudir a distintas fuentes estadísticas que nos permiten aproximarnos a la creación de puestos de trabajo que ha propiciado la puesta en marcha de la LAPAD. Este mayor número de estimaciones no hace sino indicar el interés y la esperanza que suscitó la puesta en marcha del SAAD en el ámbito laboral: una actividad prácticamente nueva, cuyo gasto y actividad hemos visto que se ha disparado e intensiva en mano de obra generó muchas expectativas, incluso en los momentos de fuerte creación de empleo en los que se concibió la LAPAD. Así el propio Libro Blanco de la Dependencia, LBD, (MITASS, 2004) preveía una creación de empleo entre 2007 y 2010 de 262.735 empleos.

Por su parte, Herce et alia (2006) realizaron distintas simulaciones tanto desde una perspectiva macro como microeconómica. En todas ellas se reduce la previsión de creación de empleo respecto el libro blanco. Desde una perspectiva macro se utiliza tanto la Tabla Input-Output (TIO) de la Economía Española para el año 2000 como el modelo Hermin- España. En ambos casos se realizan dos hipótesis: un SAD totalmente público y otro mixto publico-privado. En todas las hipótesis están sustancialmente por

debajo de la estimación del LBD. Así, con metodología TIO el resultado oscilaba entre los 199.728 de un modelo público y los 196.552 de un modelo mixto. Por su parte, los cálculos basados en el modelo Hermin situaban el cálculo en 190.158 y 184.338. Como puede observarse, estimaciones muy similares que, de media, suponían un 28% menos de empleo que el previsto en el Libro Blanco.

En cuanto al análisis microeconómico, parte de una estimación de necesidades de empleo en los servicios de atención a los dependientes basado en la evolución del número de éstos, según un calendario de implantación de la Ley que preveía su despliegue total en 2010 y del tipo de prestación que reciben, en tres escenarios: optimista, neutro y pesimista, en función del grado de formalización de los cuidados que se produzca y por tanto de las necesidades de cuidadores formales, además, o al margen de los familiares. Esta metodología ya apuntaba la variabilidad del potencial de creación de empleo en función del grado de formalización que el sistema adquiriera en su desarrollo. En este caso se obtuvo una previsión de 216.077, 160.314, 122.550, en los escenarios optimista, neutro y pesimista, respectivamente.

Por su parte, el informe realizado al gobierno para la evaluación del SAD (MISPSI, 2011) situaba, sobre la base de los datos reales y utilizando el moldeado HERMIN, los empleos creados o mantenidos en 2009 y 2010 en 185.000 directos y 63.000 indirectos. Aun cuando la metodología en este caso no permita diferenciar el efecto neto en la creación de empleo, sí pone de manifiesto dos notas características del desarrollo del modelo transcurridos cuatro años de su implantación: la menor capacidad de generación empleo directa, consecuencia de una implantación de la ley más lenta y con un desarrollo de los cuidados formales menor de lo previsto, tal y como hemos señalado en epígrafes anteriores, y una notable capacidad de inducir empleo en otros sectores por el efecto arrastre de los servicios de atención a la dependencia.

El trabajo realizado por Gómez et alia (2012) no aporta resultados muy diferentes, ya que está basado en el modelo Hermin, salvo el hecho de que extiende su estimación

hasta 2011. Sus resultados están en la línea de las estimaciones de Herce et alia (2006) en estimación macroeconómica: del orden de los 155.000 empleos.

Por su parte, al igual que el caso del retorno fiscal la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, en sus dictámenes del Observatorio de la LAPAD, realizan una estimación de los empleos vinculados por los servicios de atención a la dependencia. En el XIV, correspondiente a 2014 (Barriga et alia, 2015), estiman un nivel de empleo en 2015 de 148.000 personas, con un crecimiento desde 2009, primer año de estimación, de unos 63.000 puestos de trabajo sin que se haya destruido empleo ninguno de estos años a pesar de los recortes de gasto.

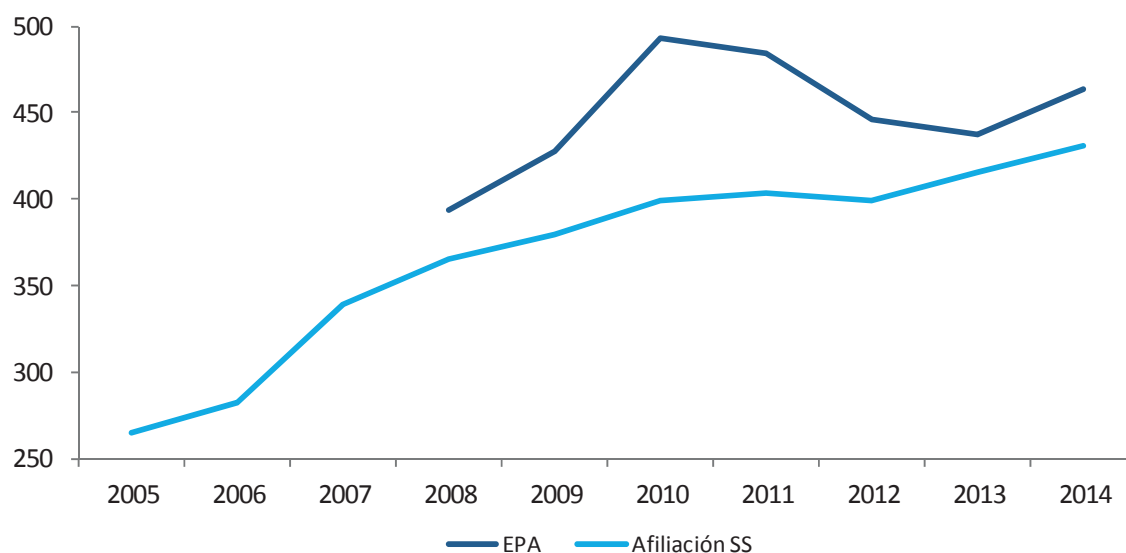
A diferencia del crecimiento económico y el retorno fiscal, en el caso del empleo sí existe información real sobre cómo se ha comportado el mercado de trabajo. Los resultados son, sin embargo, diferentes según la fuente que se utilice, con la particularidad que en base a la definición de actividades de la CNAE-2009 y al nivel de clasificación en el que ofrecen los datos no es posible determinar exactamente los correspondientes a los servicios vinculados a la dependencia. No obstante, como veremos a continuación, en los últimos informes de evaluación del Sistema de Atención a la Dependencia elaborados por el Ministerio se ofrecen una cifras de evolución del empleo.

Así, tal y como se recoge en el gráfico 4.13 que contiene datos de la EPA y de afiliación a la Seguridad Social, el movimiento laboral registrado en los dos sectores vinculados a la dependencia es sustancialmente inferior a las distintas previsiones realizadas, singularmente la del LBD. Hay que señalar que estas dos fuentes, como hemos señalado, tienen el mismo problema, y es que con el nivel de desagregación que se ofrecen, no recogen exclusivamente las actividades vinculadas a la dependencia, en particular, la rúbrica de servicios sociales sin alojamiento (división 88 de la CNAE-2009), que incluye la actividad de cuidado diurno de niños (8891 de la CNAE), que tiene una cierta entidad. Advertidas estas salvedades, los datos de ambas fuentes apuntan un crecimiento importante del empleo. En el caso de la afiliación a la Seguridad Social, donde existen datos desde 2005, es posible apreciar cómo se ha

registrado un incremento de más de 166 mil empleos, casi dos tercios más del existente antes de que se promulgara la ley dependencia, con los incrementos más fuertes hasta 2010 (estos años se genera el 80% del empleo), ya que a partir de ahí se ralentiza, e incluso llega a descender ligeramente en 2012, fruto del fuerte recorte que supuso el Real Decreto Ley 20/2012, y no recupera una senda de crecimiento hasta 2013.

Si tomamos en consideración los datos del EPA, el crecimiento del empleo ha sido de cerca del 18% (casi 70.000 empleos), cifra muy similar a la registrada en términos de afiliación, aunque los datos de la EPA reflejan mayor nivel de empleo en todos los años, un mayor crecimiento hasta 2009, con una caída del empleo más pronunciada y una recuperación más tardía a partir de esa fecha, por lo que a partir de ahí, los perfiles de las series de ambas fuentes son muy similares (gráfico 4.13)

Gráfico 4.13. Evolución del empleo en la atención a la dependencia. EPA y afiliación a la Seguridad Social. 2005-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de la EPA y las Estadísticas de Afiliación del Ministerio de Empleo

Hay que poner de manifiesto que frente a esta creación de empleo, el conjunto de la economía pierde empleo en este periodo, un 14,7% entre 2008 y 2014 según la EPA y del 9% según la Seguridad Social y si lo referimos a 2005, de un 8,2% en términos de

afiliación. De hecho ya genera más empleo en términos de afiliación que una industria tan emblemática para la economía española como es la industria agroalimentaria, cuando hace diez años antes apenas representaba 2/3 de esta.

A partir de los datos de la EPA, profundizamos sobre cuál de los dos grandes ámbitos está creando más empleo: los servicios con o sin alojamiento. Conforme al cuadro 4.6., la asistencia residencial genera más empleo que los servicios sociales sin alojamiento, aunque llegaron casi a converger reduciendo su distancia casi a la mitad en 2010; descenso que a partir de ese año es más pronunciado y no recupera empleo en 2014 como sí ocurre con los de atención residencial.

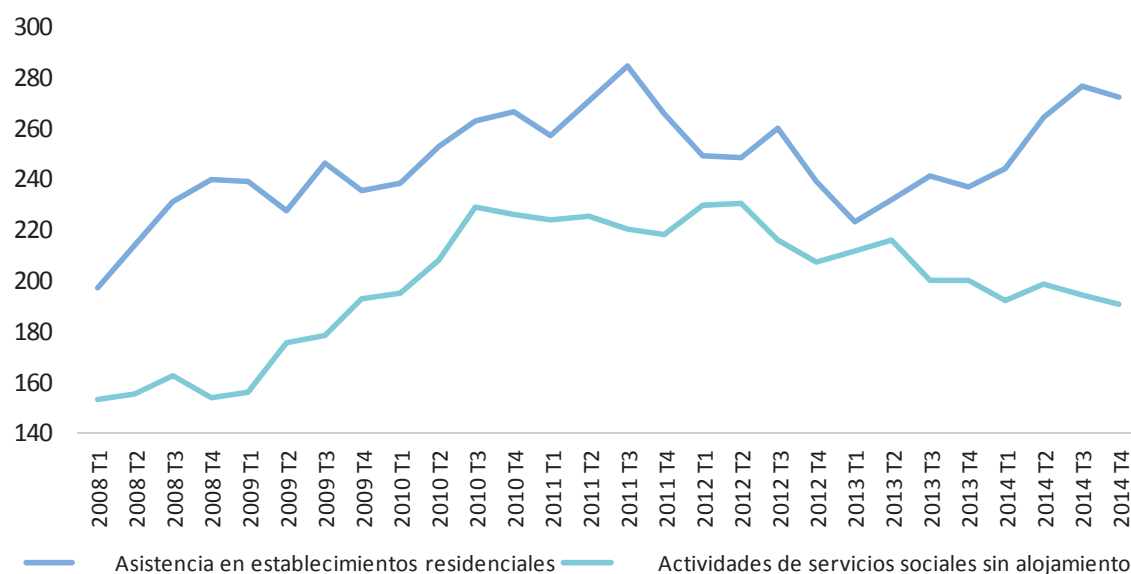
Cuadro 4.6. Personas ocupadas en actividades de asistencia en establecimientos residenciales y en servicios sociales sin alojamiento. 2008 - 2014

	Asistencia residencial	Servicios sociales sin alojamiento	Total
2008	239,5	153,9	393,4
2009	235,4	192,7	428,1
2010	266,4	226,3	492,7
2011	265,6	218,3	483,9
2012	238,8	207,5	446,3
2013	236,9	200,3	437,2
2014	272,4	190,9	463,3

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la EPA (2008 - 2014)

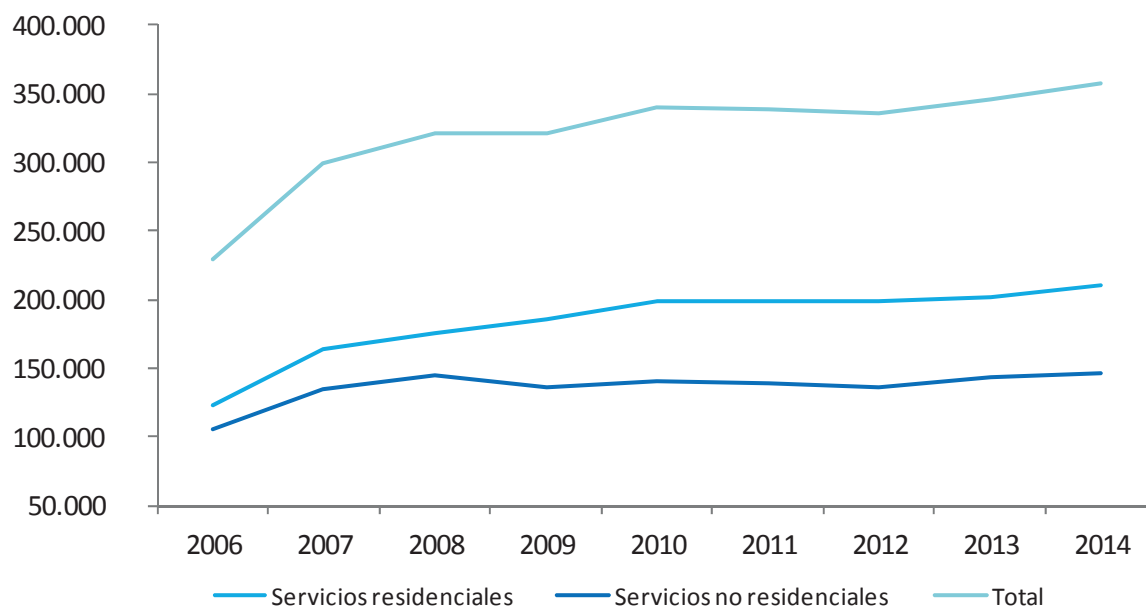
Un análisis de la evolución trimestral de ambos tipos de ocupación, pone de manifiesto cómo el empleo en servicios sin alojamiento frena su crecimiento antes que los servicios residenciales, estancándose, en vez de sufrir descensos como el residencial; pero cuando este último comienza recuperarse, en el caso de los servicios sin alojamiento es cuando se inicia una senda de destrucción de empleo (gráfico 4.14)

Gráfico 4.14. Evolución trimestral personas ocupadas en actividades de asistencia en establecimientos residenciales y de servicios sociales sin alojamiento. 2008-2014. (miles de personas)



Fuente: Elaboración propia a partir de la EPA.2008-2014

Gráfico 4.15. Evolución de los afiliados a la seguridad social en el ámbito de la dependencia. 2006- 2014. (datos a 31 de diciembre de cada año)



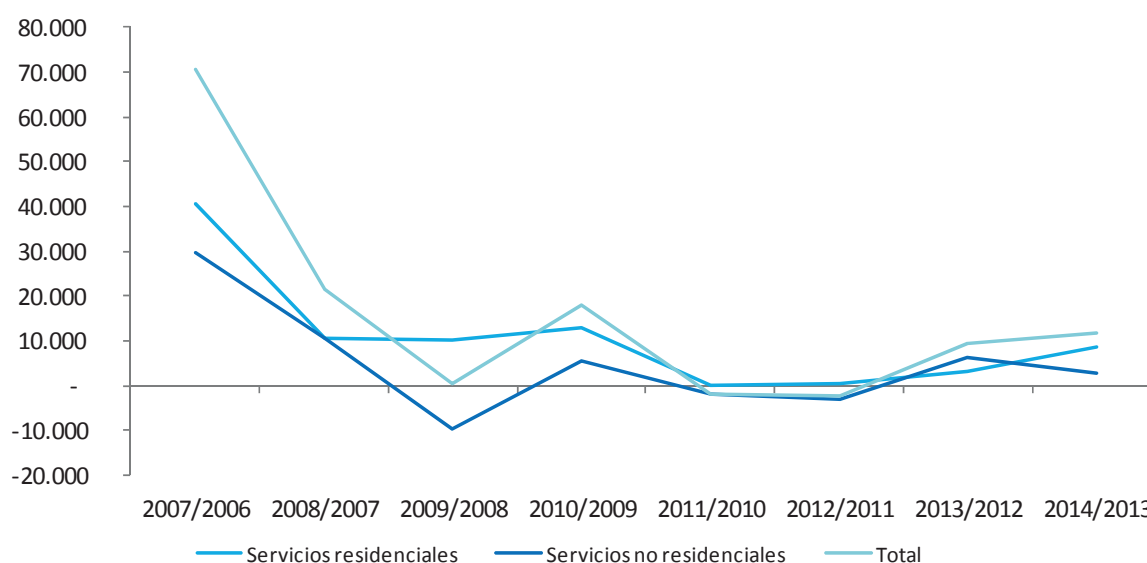
Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (2015)

Por último, los informes de evaluación de la aplicación de la LAPAD (IMSERSO, 2015) incorporan datos sobre el empleo generado basado en datos de afiliación. No

obstante, estos datos no coinciden con los que ofrece la Seguridad Social en sus series públicas, por lo que ante la ausencia de una referencia clara y al hecho de que son inferiores a las oficiales de afiliación, puede entenderse que están referidos de forma más precisa a los servicios vinculados de forma estrecha a la dependencia. Con estos datos, se confirmarían las conclusiones formuladas con anterioridad, aunque con algunos matices. En primer lugar, los servicios de atención a la dependencia han alcanzado un nivel de empleo muy relevante (gráfico 4.15), en línea con lo que representa la industria agroalimentaria en España (con estos datos unos 20.000 empleos menos cuando antes de la entrada en vigor de la Ley eran más de 150.000, habiendo perdido menos del 2% de empleo con la crisis).

En segundo lugar, el grueso del incremento se produce en los dos primeros años de implantación (gráfico 4.16), con un repunte en 2010, momento en el que comienza a perderse empleo, para recuperarse en 2013 (a diferencia de la serie del Ministerio de Empleo, estos datos presentan dos años de caída y una recuperación del empleo menos intensa en 2013 y 2014). De hecho, según estos datos, más del 85% del empleo creado lo hizo entre 2007- 2006.

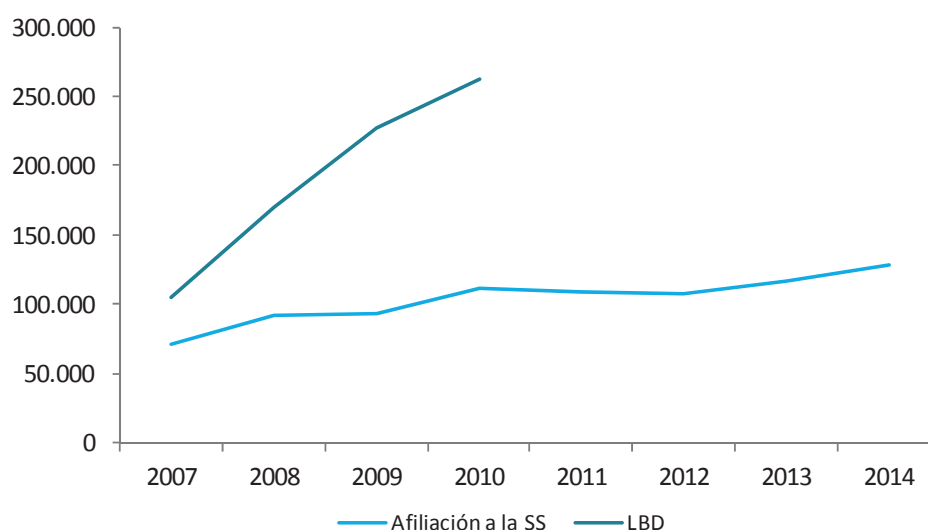
Gráfico 4.16. Evolución interanual de la afiliación a la Seguridad Social en el ámbito de la dependencia. 2006-2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (2015)

Por último, si los datos de empleo creado se comparan con las previsiones del LAB (gráfico 4.17), es evidente que ha existido una gran diferencia desde el principio; de hecho la creación de empleo real según los datos de IMSERSO en 2015 no supone ni la mitad de los previstos en el LBD para 2010. Es evidente que los retrasos en la implantación de la ley frente a lo previsto en el LAB, la forma en la que ésta ha evolucionado, con un menor desarrollo de los servicios del previsto a favor del cuidado informal que supone la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar y el fuerte recorte de intensidades que supuso el RDL 20/2012 han condicionado de manera sustancial la creación de empleo frente a las previsiones iniciales, en las que desde luego no se esperaba una crisis de la intensidad como la que estamos padeciendo ni un recorte tan severo en los CLD como supuso el RDL 20/2012.

Gráfico 4.17. Evolución interanual acumulada de la afiliación a la seguridad social y de las previsiones de creación de empleo del Libro Blanco de la Dependencia. 2007-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de IMSERSO (2015)

En conclusión, aunque lejos de las previsiones, la atención a la dependencia ha supuesto un fuerte factor de creación de empleo en un contexto de pérdida intensa y acelerada de puestos de trabajo como consecuencia de la crisis económica. No olvidemos que según la EPA se han perdido dos millones y medio de empleos desde 2008, mientras el sector de la dependencia ha sido capaz de generar 70.000. En términos de afiliación a la Seguridad Social, si desde que se implantó la LAPAD se han

perdido más de dos millones cien mil empleos, la afiliación en las actividades vinculadas a la dependencia ha crecido entre 128.000 (datos IMSERSO) y 150.000 (datos ministerio de Empleo).

Un simple cálculo a partir de los datos de Oliva et alia (2011) da una idea del potencial existente. Si realizamos distintos ejercicios suponiendo que una parte de las horas que se estiman en este trabajo (Oliva et alia, 2011, 111) que se dedican a cuidados informales se trasformaran en cuidados formales y aplicamos la jornadas anuales de trabajadores de la dependencia, podemos obtener una aproximación al potencial de creación de empleo existente. Los cálculos se recogen en cuadro 4.7 para España y Andalucía. Como puede observarse, estamos hablando de una creación de empleo que oscila entre los 459.626 y los 912.252 para España según la hipótesis, lo que supone entre el 8,4% y el 16,8% del desempleo del cuarto trimestre de 2014 según la EPA. En el caso de Andalucía, la creación de empleo oscila entre los 97.085 y los 196.169 empleos, entre un 7% y un 13,9% del desempleo de finales de 2014. Dado que la mayor parte del cuidado informal lo realizan mujeres, los datos en este caso son todavía más significativos. Así en el total nacional, la creación de empleo oscilaría entre 34.891 y 695.782, es decir entre un 13,2% y un 26,4% del desempleo existente en 2014. En Andalucía, estaríamos hablando de entre 76.629 y 153.258, entre el 11,1% y el 22,2% del desempleo.

Los datos analizados y este último ejercicio de simulación ponen de manifiesto de forma evidente que el potencial de creación de empleo es muy elevado, probablemente no exista en este momento ningún sector en España con esta capacidad de generación de empleo. Desde este punto de vista, la atención a la dependencia no solo supone un derecho a consolidar para perfeccionar nuestro estado de Bienestar, sino una oportunidad para abordar el problema del desempleo, esto sin hacer referencia a lo ya señalado respecto del potencial de crecimiento que aportaría un pleno desarrollo de sus capacidades de la población femenina, en estos momentos constreñida por el problema de los cuidados. Los problemas puestos de manifiesto a la hora de explicar las causas por las que el SAAD no ha evolucionado

como se esperaba y los desincentivos existentes en el modelo de financiación pública son cuestiones a abordar para lograr este pleno aprovechamiento, teniendo en cuenta además, como veremos en el apartado siguiente, que las previsiones elevan sustancialmente el número de dependientes en los próximos años.

Cuadro 4.7. Estimación del potencial de creación de empleo por el desplazamiento de cuidados informales a formales. 2014

	España		Andalucía	
	Total	Mujeres	Total	Mujeres
Horas de cuidado (miles horas) (*)	3.248.710	2.458.949	686.210	541.626
Empleo desplazamiento 25% (**)	459.626	347.891	97.085	76.629
Empleo desplazamiento 33% (**)	606.706	459.216	128.152	101.150
Empleo desplazamiento 50% (**)	919.252	695.782	194.169	153.258
% Desempleo Hipótesis 25% (***)	8,4%	13,2%	7,0%	11,1%
% Desempleo Hipótesis 33% (***)	11,1%	17,4%	9,2%	14,7%
% Desempleo Hipótesis 50%	16,8%	26,4%	13,9%	22,2%

(*) Horas estimadas de cuidado informal en el trabajo de Oliva et alia (2011)

(**) Hipótesis de un desplazamiento hacia los cuidados formales del 25, 33 y 50 %. Para el cálculo del desempleo se ha distribuido sobre la hipótesis de que un 33 % sería cuidado en residencias y el resto en atención domiciliaria. Las jornadas están extraídas del VI convenio marco Estatal de Atención a las personas dependientes.

(***) Los datos de desempleo son los correspondientes al último trimestre de 2014.

Fuente: Elaboración Propia a partir de Oliva et alia (2011)

4.6. Perspectivas de futuro

Como hemos tenido la oportunidad de analizar a lo largo de este capítulo, la dependencia supone un importante reto para la sociedad y la economía española. El cambio de orientación dado a los CLD con la LAPAD se ha enfrentado a múltiples dificultades para avanzar en la dirección prevista. Aunque los resultados no han sido los esperados en términos de formalización de la atención, desde luego sí ha sido un éxito pues se ha implantado un sistema universal que, a pesar de sus sombras, ha sido capaz de dar respuesta (sino la óptima sí una respuesta) a un problema que se había

vuelto acuciante en los últimos años fruto de la crisis de los cuidados que si en España se está produciendo más tarde, lo está haciendo con gran celeridad e intensidad. La reducción de la oferta de cuidados informales y crecimiento de la demanda que se registra en el conjunto de países europeos tiene en España la peculiaridad del acentuado carácter familiarista que han tenido CLD, que implican una transformación necesaria mucho más intensa.

La referencia que realizamos en apartados anteriores al cambio en las necesidades de cuidados y su proyección a futuro para ilustrar el cambio que se está produciendo, apuntaban una situación de fuerte presión de la demanda de cuidados en la que trataremos de profundizar en este epígrafe, atendiendo a la evolución estimada de la población, de las personas dependientes y del gasto en CLD.

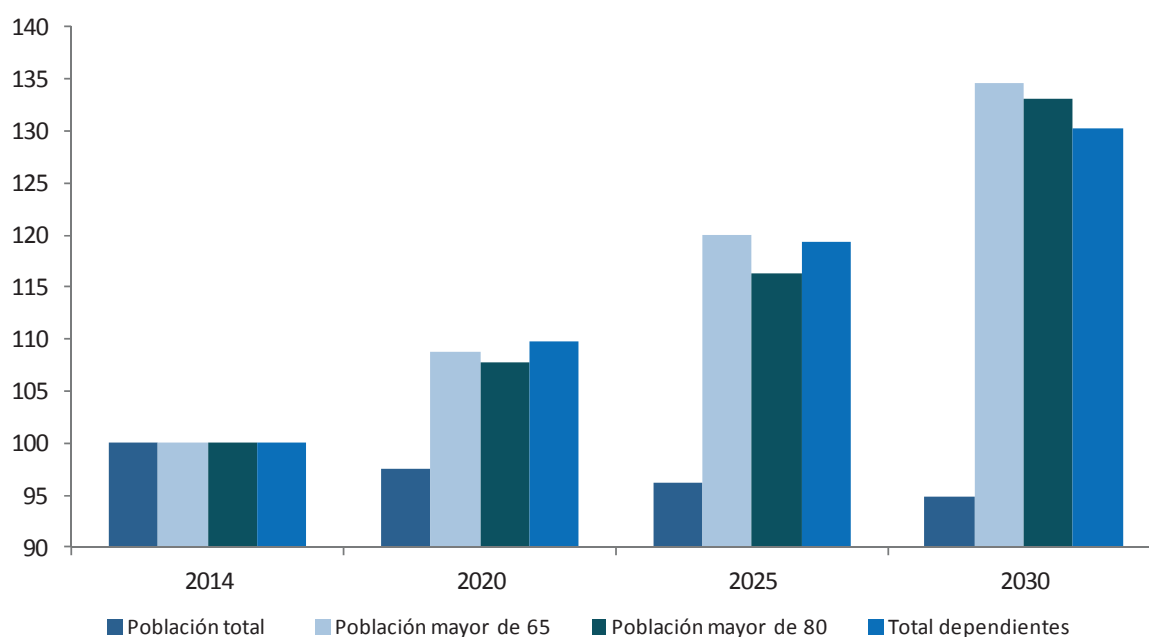
4.6.1. Un envejecimiento creciente en una población en disminución, con mayor número de dependientes y menos cuidadores

En España, el crecimiento de la población entre 1950 y 2010 ha sido de un 64%, pero en los años próximos la previsión del último informe de envejecimiento de la Comisión Europea (EC, 2015) es que se invierta la tendencia y comience a descender, de tal forma que en el horizonte de 2060 se espera que España haya perdido habitantes en relación a la situación actual. El efecto de la crisis económica sobre el saldo migratorio y la persistencia una tasa de natalidad muy baja están haciendo que nuestras perspectivas demográficas sean envejecimiento y pérdida de población. España es el país de la Unión Europea que registra una tasa de envejecimiento más acelerada.

El resultado en términos de necesidades de cuidados, oferta de personas cuidadoras y gasto en los cuidados puede ser explosivo. El gráfico 4.18 recoge la evolución de la población total, mayor de 65, de 80 y dependiente hasta 2030 estimada por Jiménez (2014). Esta estimación de la población en situación en dependencia basada en una actualización del cálculo de la población dependiente a 1 de Enero de 2014 y las proyecciones de población del INE a 2030 pone de manifiesto que la población

dependiente seguirá creciendo con fuerza en los próximos años. A pesar de la previsión de disminución de la población total en el horizonte de 2030, los datos ponen de manifiesto un fuerte proceso de envejecimiento. No hay que olvidar que entre las décadas de 2020 y 2030 empezarán a alcanzar los 65 años los “baby boomers”, por lo que España será golpeada por un drástico crecimiento del proceso de envejecimiento. Proceso que supondrá que la población mayor de 80 años, la que en principio requiere mayor nivel de cuidados, se va a más que duplicar en los próximos 15 años, y una población mayor 65 que, a su vez, lo va a hacer en más de un 50% (INE, 2012 y 2013).

Gráfico 4.18. Proyecciones de crecimiento de la población total, mayor de 65 años, mayor de 80 años y de personas dependientes en España. 2014-2030. 2014=100

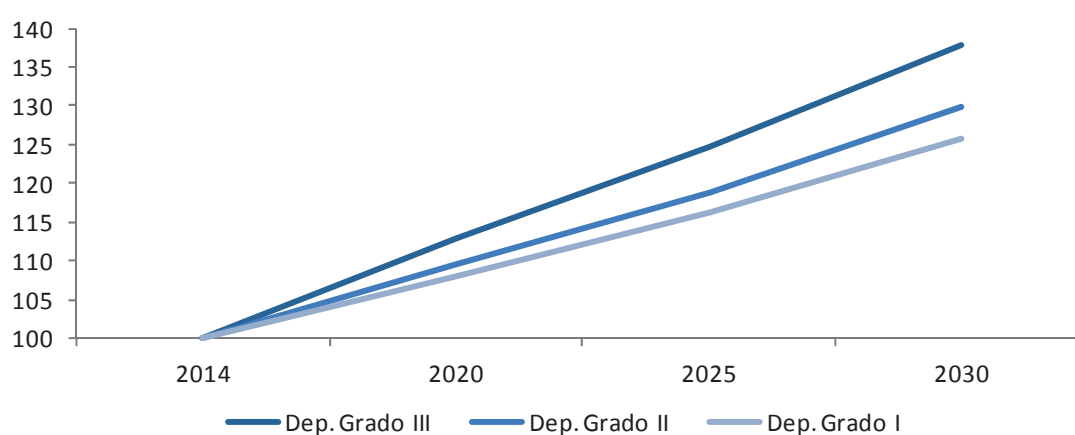


Fuente: Elaboración propia a partir del INE (2012,20113) y Jiménez (2014)

Sobre la base de este proceso de envejecimiento los datos de Jiménez (2014, 20) ponen de manifiesto el fuerte incremento del número de dependientes, especialmente los de grado 3, que crecerán más de un 37% en los próximos tres lustros (gráfico 4.19). Con estos datos no hay lugar a dudas de que el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia deberá hacer un importante esfuerzo para dar cobertura a todas las personas en situación de dependencia, teniendo en cuenta que debe absorber, además, al conjunto de personas que están a la espera de

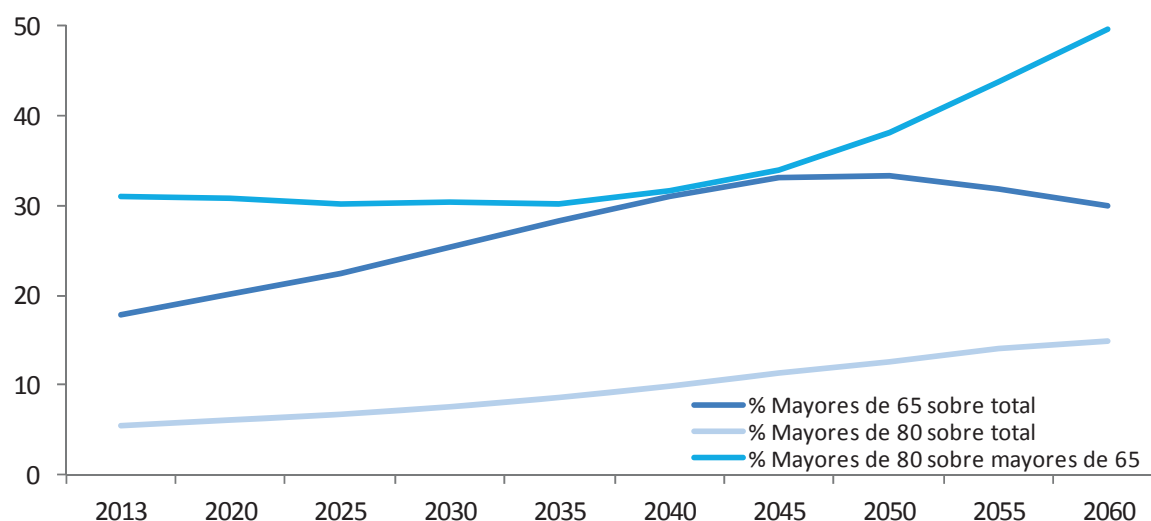
prestaciones, estimadas en casi 900.000 personas (Jiménez, 2014,21). Es decir, si en los primeros 7 años de vigencia de la ley el SAAD ha sido capaz de dar respuesta a algo más de 750.000 personas, con un gasto público equivalente al 0,5% del PIB, en el horizonte de 2030, algo más del doble de años, habrá de hacerlo a más de 2 millones cien mil (el triple), de los cuales los de grado III serán un número equivalente al 80% del total de dependientes atendidos hoy.

Gráfico 4.19. Proyección de crecimiento población dependiente por grado en España. 2014-2030



Fuente: Elaboración propia a partir de Jiménez (2014)

Gráfico 4.20. Proyecciones de evolución de la participación de la población mayor en el total de población de España 2013-2060

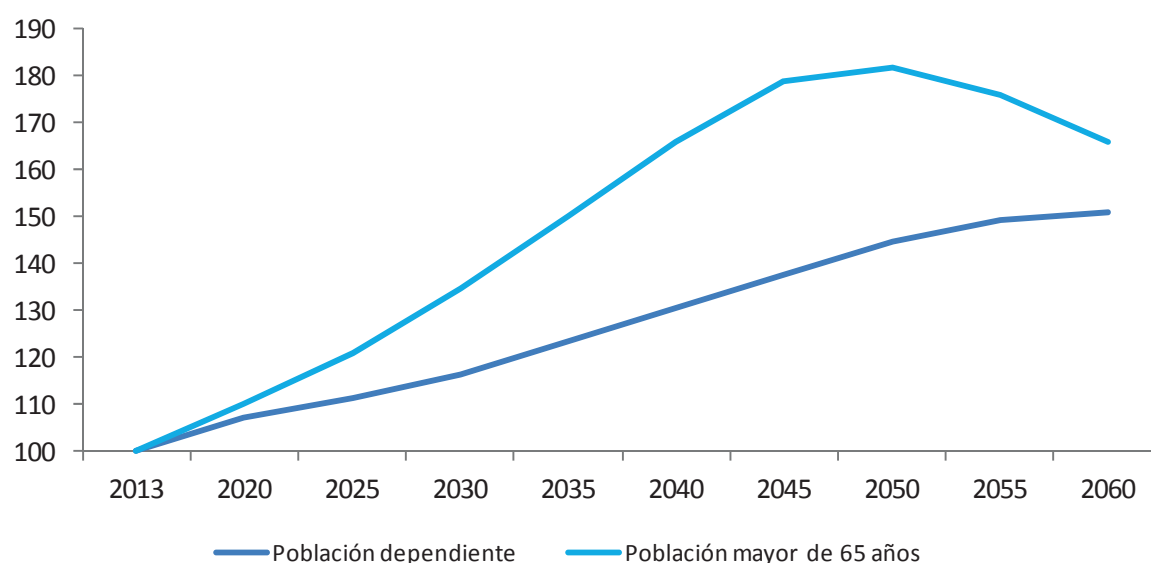


Fuente: Elaboración propia a partir de EC (2015)

A más largo plazo las perspectivas no mejoran en el horizonte de 2060 (Comisión Europea, 2015). Si bien el peso de la población mayor de 65% sobre el total registrará un punto de inflexión en 2045, el porcentaje de mayores de 80, no dejará crecer, lo que provocará que el peso de los mayores de 80 años en el total los mayores crezca exponencialmente, hasta suponer en 2060 uno de cada dos mayores. Es decir una población muy envejecida y, por lo tanto, muy necesitada de cuidados (gráfico 4.20).

Esto explica que, aunque a un ritmo más lento, la población dependiente no deje de crecer incluso cuando la población mayor de 65 años empieza a disminuir a partir de 2050 (gráfico 4.21). Es decir este envejecimiento relativo de la población implica un incremento constante de las personas dependientes.

Gráfico 4.21. Proyecciones de crecimiento de la población mayor de 65 años y de la dependiente en España. 2013-2060. (año 2013=100)



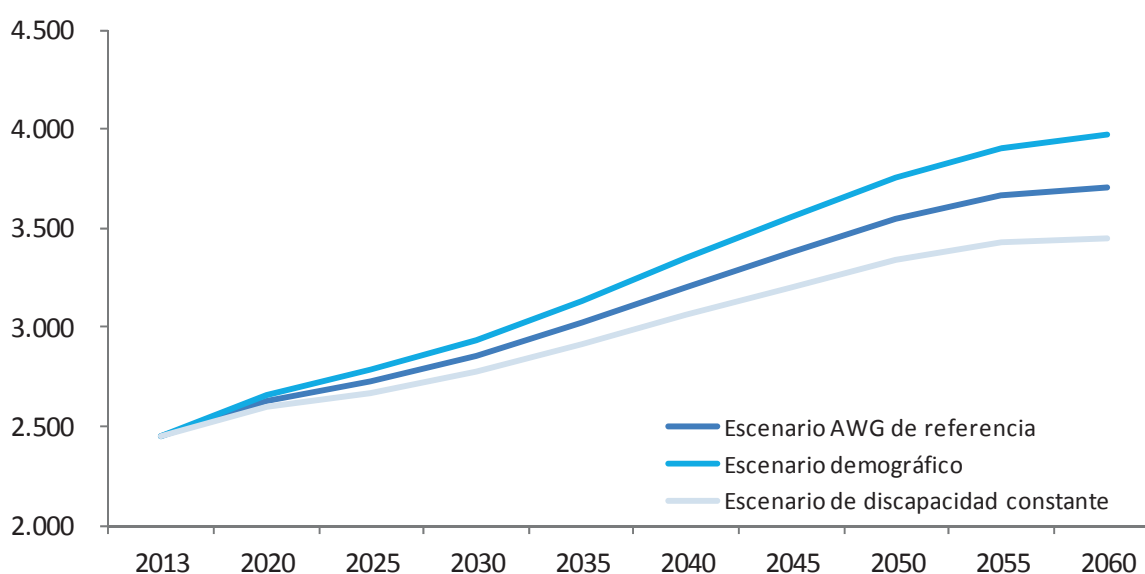
(*) Para la evolución de la población dependiente se ha utilizado escenario demográfico.

Fuente: Elaboración propia a partir de EC (2015)

De hecho, si observamos las previsiones de crecimiento de éstas atendiendo a distintos escenarios elaborados por la Comisión Europea (EC, 2015), podemos observar cómo es el escenario demográfico (el utilizado en el gráfico 4.21) el que mayor crecimiento calcula de la población dependiente (gráfico 4.22). Las otras dos estimaciones recogidas en el gráfico, en la medida que contemplan hipótesis de prevalencia menor de la discapacidad de la población mayor, reducen el crecimiento

de los dependientes (para ver las descripciones de los distintos escenarios ver cuadro 3.6.). Así, tanto el escenario de discapacidad constante, que supone que los incrementos en la esperanza de vida no suponen más años de discapacidad sino que la proporción permanece constante, como el llamado AWG de referencia, que formula una hipótesis intermedia entre el escenario demográfico y el de discapacidad constante, también reduce la previsión de crecimiento de los dependientes.

Gráfico 4.22. Evolución del número de dependientes en España según distintos escenarios. 2013-2060. (datos en miles)



Fuente: Elaboración propia a partir de EC (2015)

Este análisis comparativo de escenarios pone el acento en uno de los aspectos cruciales de cara a las necesidades de cuidados y su intensidad, la salud de las personas mayores y sus capacidades para ser autónomos. Por eso la inversión en salud y prevención de la dependencia son dos factores claves para reducir esta escalada continua de las necesidades de cuidados e intentar reducir por la vía de la demanda la presión sobre el sistema de CLD.

Si recordamos los datos ya utilizados sobre necesidades de cuidados realizados por Duran (2012), podemos completar esta visión sobre las perspectivas de las necesidades de CLD vinculadas a la población dependiente, Si en la década de los cincuenta apenas el 10% de la necesidades totales de cuidado en España las

generaban los mayores de 65 años, en estos momentos gran parte del peso en las necesidades de cuidado que antes tenían los menores de 14 años se han trasladado a la población mayor, de forma que ya absorben el 27% de unas necesidades de cuidado que han crecido un 60% en estos años (Duran, 2014). La perspectiva en el horizonte del 2050 es que las personas mayores, las que requieren el grueso de los CLD, supongan ya el 47% del total de unas necesidades de cuidado que habrán vuelto a crecer casi otro 30%. De este 47%, los cuidados requeridos por los mayores de 80 años supondrán el 21,3%, habiendo duplicado su peso en el total y multiplicado casi por tres el volumen de cuidado necesario (Duran, 2015).

La presión que ya se registra sobre el sistema de atención a la dependencia hace que sean extraordinariamente importantes las estimaciones de demanda de cuidados, pues aun cuando se piense que son fenómenos a muy largo plazo, la perspectiva de futuro que se acaba de exponer debe llevar a concluir que es un fenómeno de enorme magnitud en constante progresión. Dar una respuesta a esta necesidad es una cuestión enormemente compleja, lo que hace urgente encontrar alternativas a este problema. Hay que recordar que además de este crecimiento de la demanda, se está produciendo una reducción de la oferta de cuidados informales que hasta ahora han asumido el grueso del total de CLD que se está acelerando, tanto por el puro efecto demográfico de envejecimiento como por los cambios socioeconómicos.

El número de cuidadores potenciales medido como el número de habitantes entre 15-16 años en relación a los mayores de 65 pasará de 3,7 en 2013 a 1,9 en 2060, la mitad. La tasa de actividad femenina no ha dejado de crecer y, como ya se ha apuntado, alcanza niveles en las cuidadoras del mañana muy elevados. Este es el caso, según la Encuesta de Población Activa de finales de 2014, de la población femenina entre 20 y 55 años de edad, cuya tasa de actividad es cercana al 80% y aun mayor del 85%, entre las mujeres de 30-50. Si recordamos los factores sociales ya señalados en el capítulo 2, como el asentamiento de modelos de parentesco tipo guisante, la disminución del tamaño medio de los hogares (2,51 según la Encuesta Continua de Hogares) y el crecimiento de los hogares con una persona sola o con familias monoparentales, que

ya representaban casi uno de cada tres hogares, nos permitirá obtener una idea de la dimensión del fenómeno de reducción de la oferta de cuidados informales.

La conjunción de ambas tendencias provoca una brecha entre oferta y demanda de cuidados de difícil solución, que va requerir nuevos modelos de CLD que supondrán un salto en el esfuerzo colectivo y nuevo esquema organizativo y de interacción entre familia, mercado y Estado, con fuertes dosis de innovación en las soluciones asistenciales y desde luego, de una apuesta clara por aprovechar las oportunidades de generación de actividad y empleo, así como un cambio de perspectiva que considere este tipo de gasto como una inversión capaz de ayudar a incrementar el potencial de crecimiento de una economía.

Es necesario tomar conciencia de que con un menor número de cuidadores informales potenciales no *“hay recursos disponibles para atender una demanda tan rápidamente creciente y su satisfacción exigirá una profunda reforma de los servicios públicos, del sistema fiscal, del mercado y de las formas de organización social. También obligará a reescribir el contrato social implícito entre hombres y mujeres, así como el que vincula entre sí, por medio de derechos y obligaciones, a las generaciones jóvenes con las de edad intermedia y avanzada”* (Durán, 2012, 445).

Sin embargo, si tomamos en consideración los datos de las encuestas no parece que se esté registrando este cambio social capaz de reescribir el nuevo contrato social intergeneracional. En ellas, cuando se pregunta por los papeles principales asignados a la familia mayoritariamente se menciona “criar y educar a los niños”, y en mucha menor medida la respuesta “hacerse cargo de las personas mayores”, lo que sin lugar a dudas contrasta con nuestra baja tasa de natalidad y elevada tendencia al envejecimiento. Una toma de conciencia de este cambio y de la magnitud del problema de los CLD requerirá un esfuerzo para propiciar un cambio en la perspectiva social que reflejan las encuestas (Duran, 2012).

4.6.2. Un gasto en CLD con un crecimiento futuro muy intenso que puede superar a largo plazo al gasto en educación

El reciente informe sobre envejecimiento de la Comisión Europea (EC, 2015) contiene un amplio trabajo de estimación del gasto en CLD en el horizonte de 2060. En él se incluyen once escenarios diferentes (para ver el contenido de los distintos escenarios ver cuadro 3.6.) de evolución del gasto. Los resultados para España en dichas estimaciones se recogen en el cuadro 4.8.

Cuadro 4.8. Evolución del coste de Cuidados de Larga Duración para atender a la dependencia en España como porcentaje del PIB según distintos escenarios 2013-2060

Escenarios	2013	2020	2030	2040	2050	2060	Incremento 2060/2013
AWG de referencia	1,0	1,2	1,3	1,6	2,1	2,4	1,4
Demográfico	1,0	1,2	1,4	1,7	2,2	2,6	1,6
Elevada esperanza de vida	1,1	1,3	1,5	2,0	2,6	3,3	2,2
Escenario base	1,0	1,2	1,3	1,6	2,1	2,6	1,6
Discapacidad constante	1,0	1,2	1,2	1,5	2,0	2,3	1,3
Cambio del 1% de cuidado informal a formal	1,0	1,3	1,5	1,9	2,4	2,8	1,8
Convergencia de la cobertura formal	1,0	1,2	1,4	1,9	2,6	3,1	2,1
Escenario de convergencia de la cobertura EU28	1,0	1,2	1,4	1,8	2,6	3,3	2,3
Convergencia en la cobertura formal y en costes	1,0	1,3	1,6	2,2	3,2	4,1	3,1
AWG con riesgo	1,0	1,3	1,5	2,1	3,0	3,9	2,9
Riesgo de la productividad total de los factores	1,0	1,2	1,3	1,6	2,1	2,4	1,4

Fuente: Elaboración propia a partir de EC (2015)

Las previsiones incluidas en el cuadro ponen de manifiesto un continuo crecimiento del gasto en CLD, si bien hasta 2030 la evolución es relativamente moderada en comparación con la fuerte aceleración que registra en las siguientes tres décadas. Si hasta 2030 los crecimientos oscilan entre el 20% del escenario de discapacidad constante y el 60% del escenario de convergencia en coste y cobertura, en el horizonte de 2060 hay escenarios como este último o el de riesgo del escenario base del Grupo

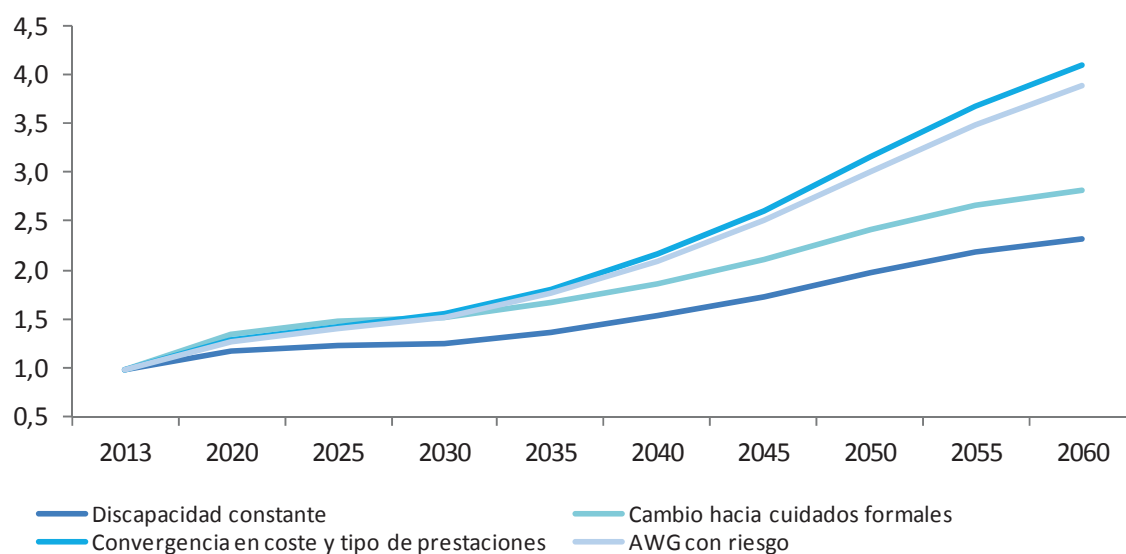
de Trabajo de Envejecimiento (AWG de Ageing Working Group) que multiplican por cuatro el gasto de 2013. Hasta el escenario que presenta un menor crecimiento, el de discapacidad constante, supone que el gasto más que se duplica. No obstante, si se analizan conjuntamente los distintos escenarios pueden apreciarse dos grupos que, en general, presentan intensidades diferentes dentro el crecimiento general. Un primer grupo, lo conformarían aquellas estimaciones basadas en escenarios demográficos, en el que podríamos incluir el de riesgo en la productividad de los factores pues tiene una base fundamentalmente demográfica. Este grupo presenta valores del gasto entre el 2,3% y el 2,6% del PIB, con la excepción del escenario de incremento de la esperanza de vida, que se sitúa en el 3,3%. Este último valor apunta a que un aumento de la esperanza de vida incrementaría el envejecimiento en las cohortes que mayor necesidad de atención tienen, disparando la población dependiente potencial y, consecuentemente el gasto. Este escenario alerta de la peligrosa situación que está creando la trayectoria demográfica de España, en la que mejora la esperanza de vida.

El segundo grupo, estaría formado por aquellos escenarios que implican de alguna forma cambios en estructura y coste del sistema. Estaríamos hablando en este caso de incrementos de coste por encima del, 3%, y en algunos de ellos, el de convergencia de cobertura y coste, por encima del 4%. Estas tendencias pueden interpretarse en términos del peso que el cuidado informal tiene en España, acorde con el régimen Mediterráneo de Bienestar en el que nos encuadramos y el incremento de coste que supondría avanzar en una dirección de formalización de los cuidados, precisamente el objetivo con el que nació la LAPAD. El hecho de que dentro de estos escenarios el de menor crecimiento sea el cambio del 1% hacia los cuidados formales, se explica por la fuerte distancia existente entre España y la media europea de cuidados formales, de tal forma que diez puntos más de cobertura de la atención formal no generan un coste tan alto como cuando se simulan escenarios de acercamiento a la media europea en cobertura o costes.

El gráfico 4.23, permite visualizar estas diferentes evoluciones en función de que estemos ante escenarios demográficos o de cambios en la oferta. En él se han

recogido una muestra de 4 escenarios, entre el de menor y mayor gasto proyectado. Como resulta muy fácil observar en aquellos escenarios más vinculados a la demografía, el crecimiento es menor y además es decreciente, tienden a ser funciones cóncavas, mientras que en aquellos vinculados a las modificaciones en la oferta los incrementos son mayores y además crecientes, por lo que tienden a ser convexas.

Gráfico 4.23. Estimaciones para España de la evolución del gasto de Cuidados de Larga Duración en % del PIB según distintos escenarios 2013-2060



Fuente: Elaboración propia a partir de EC (2015)

Dado que el objetivo de la LAPAD era modificar el sistema de CLD, avanzando en un modelo más basado en servicios y menos en cuidados informales, argumento también utilizado en la reforma de 2012, es más probable que nos movamos en la dirección que implican cambios en el sistema que aquellos más demográficos. La conclusión que podemos extraer es la previsibilidad de un fortísimo incremento del gasto en dependencia. Para dimensionar la magnitud del cambio se ha elaborado el gráfico 4.24, en el que se recogen proyecciones de gasto en Educación, Salud y CLD. Como podemos observar en el escenario de mayor crecimiento de los CLD, el volumen de gasto en términos de PIB sería en 2060 ligeramente inferior al que realizamos en este momento en educación. Es decir, un gasto igual que la financiación de toda la enseñanza pública desde la temprana edad hasta la formación universitaria, con miles de centros y cientos de miles de profesores y millones de alumnos. De hecho, según

las proyecciones recogidas al final del periodo, el gasto en CLD sería mayor que el de educación y la distancia entre aquél y el sanitario se habría reducido sustancialmente e incluso se apuntaría una incipiente tendencia a la convergencia.

No cabe duda de que las perspectivas marcan fuertes incrementos de gasto y por lo tanto de una respuesta amplia y profunda de nuestro sistema de cuidados a la dependencia. Conclusión que no hace sino reafirmarse si comparamos las previsiones de este último informe sobre envejecimiento (EC, 2015) con base 2013, y el anterior (EC, 2012) con base en 2010. Como puede observarse en el cuadro 4.9, que recoge este ejercicio de comparación, las previsiones de aumento de coste no han hecho sino incrementarse.

Cuadro 4.9. Comparación de las estimaciones de gasto en 2060 basadas en 2010 y 2013, según distintos escenarios

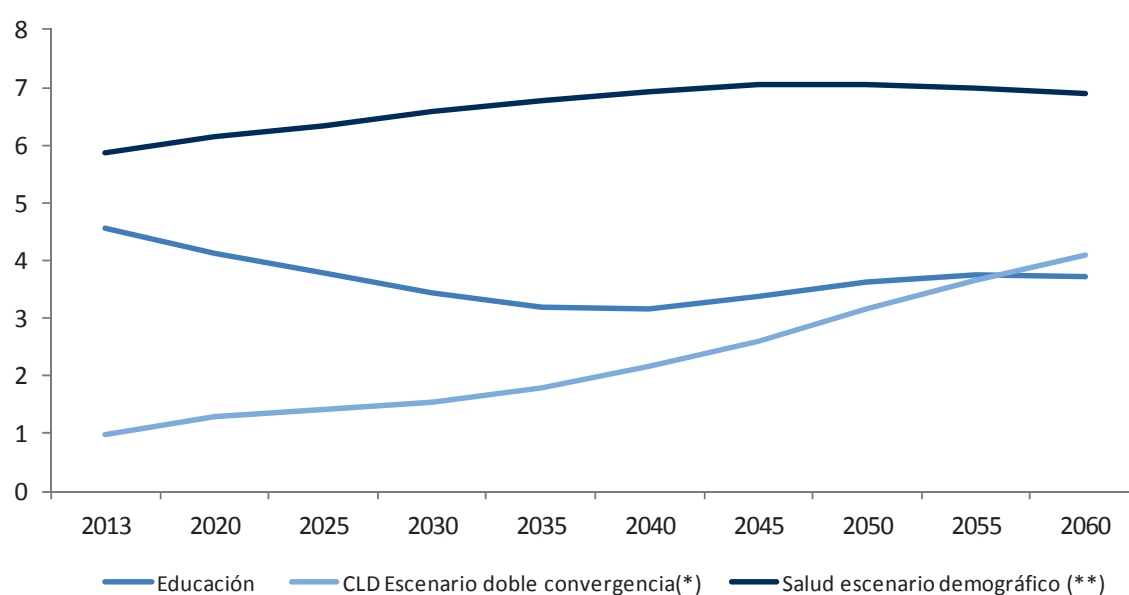
Escenarios	2010	2013	2060 base 2010	2060 base 2013	Diferencias
AWG de referencia	0,8	1,0	1,5	2,4	0,9
Demográfico	0,8	1,0	1,6	2,6	1,0
Elevada esperanza de vida	0,8	1,1	1,6	3,3	1,7
Escenario base	0,8	1,0	1,6	2,6	1,0
Discapacidad constante	0,8	1,0	1,4	2,3	0,9
Cambio del 1% de cuidado informal a formal	0,8	1,0	2,0	2,8	0,8
Convergencia en la cobertura formal	0,8	1,0	3,1	3,1	0,0
Convergencia en la cobertura EU28	0,8	1,0	1,8	3,3	1,5
Convergencia en la cobertura formal y en costes	0,8	1,0		4,1	-
AWG con riesgo	0,8	1,0	1,7	3,9	2,2
Riesgo de la productividad total de los factores	0,8	1,0		2,4	-

Fuente: Elaboración propia a partir de EC (2015)

En tan solo tres años de cambio real el mismo horizonte de 2060 ha visto incrementarse muy sustancialmente el gasto en casi todos los escenarios, tanto los de base demográfica como aquellos de modificación en la oferta de servicios. En muchos casos tres años han bastado para que la previsión se doblase o estuviera muy cerca de ello.

Cabe por lo tanto esperar un escenario en el que el gasto crezca de manera muy intensa planteando problemas para su sostenibilidad, que hacen recaer el interés en la capacidad para lograr que el sistema CLD sea un factor de crecimiento económico y empleo, situando este ámbito del bienestar como un claro pilar de un Estado del Bienestar proactivo, en la línea del nuevo paradigma que viene imponiéndose y al que ya hemos hecho mención.

Gráfico 4.24. Proyecciones del gasto público en educación, salud y dependencia en España en porcentaje del PIB, 2013-2060



(*) Representa el escenario de gasto en CLD con convergencia en el tipo de cobertura y de coste

(**) Representa el escenario de gasto en salud basado en factores demográficos.

Fuente: Elaboración propia a partir de EC (2015)

Como señala Martin-Serrano (2014, 28), que la dependencia va ser un motor de actividad económica y creación de empleo está fuera de duda, porque la deriva sociodemográfica lo hace inevitable; el tipo de actividad y de empleo depende prioritariamente de las decisiones políticas que se tomen. En este sentido, la apuesta que se haga, fundamentalmente en términos presupuestarios y de equilibrio y simetría en el esfuerzo que deben hacer las distintas administraciones involucradas, dependerá cual sea la contribución de la dependencia la actividad futura.

La magnitud del esfuerzo, sus implicaciones sociales y económicas y su sostenibilidad requieren un debate que plantee claramente cuál es el papel que debe jugar el SAAD

en el futuro, y la calificación que debemos realizar del gasto público que lo soporte, si como un consumo o, como hemos reiterado, una verdadera inversión capaz no solo de generar un alto nivel de actividad y empleo, sino de mejorar potencial de crecimiento de la economía española.

CAPÍTULO 5: APROXIMACIÓN AL IMPACTO DE LA DEPENDENCIA EN ANDALUCÍA: CARACTERIZACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN Y ESTIMACION DEL GASTO

Al analizar el desarrollo del sistema de Cuidados de Larga Duración en España a raíz de la LAPAD, se ha puesto de manifiesto que se trataba de una apuesta por desarrollar un modelo de inspiración nórdica de carácter universal con un alto grado de formalización de los cuidados y un punto de inflexión respecto del modelo Mediterráneo de corte familiarista. Se trató de construir un sistema que apostara por los servicios frente a las prestaciones, con una implantación progresiva; basado en la colaboración institucional entre administraciones; que descargara en las CC.AA. la gestión aunque con una financiación simétrica en la que colaboran las personas usuarias. La evolución real del SAAD no ha cumplido esas expectativas pues lo que se pensaba que fuera la excepción, las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar (PECEF), acabaron siendo la norma, con una gran disparidad entre CC.AA. en cuanto a la voluntad de aplicar la LAPAD y con un grave problema financiero de fondo.

No obstante, a pesar de sus fallos y los embates que ha sufrido su desarrollo por los recortes, es un sistema creado prácticamente de la nada y capaz de dar respuesta a los casos más graves.

Entre los problemas del sistema se encuentra una muy deficiente información sobre la forma en la que se articula el modelo y sobre el gasto necesario para mantenerlo. En el caso de las comunidades autónomas, verdaderas responsables del sistema, este problema es aún mayor³⁶.

En un modelo autonómico como el español de carácter cuasi federal y con una ley que otorga todas las competencias de gestión a las administraciones territoriales este déficit de información dificulta un conocimiento preciso del fenómeno de la dependencia. Cuestión que se agrava si hablamos de comunidades autónomas como

³⁶ La mayoría de los estudios, salvo muy contadas excepciones, como el de Krüger y Jiménez (2013), han adoptado una perspectiva nacional, olvidando que el desarrollo tiene fundamentalmente una perspectiva autonómica.

Andalucía, más grande que 14 países de la UE y más poblada que 13 que desde el principio ha realizado una apuesta importante por la aplicación de la ley, avanzando muy rápidamente en la universalización del derecho y con una clara apuesta por la atención en el hogar, con más PECEF de lo inicialmente previsto, aunque en línea con España.

Por ello, es importante profundizar en el conocimiento del modelo de atención desarrollado en Andalucía. Sirviendo a tal fin, este capítulo aborda en primer lugar un análisis de la evolución del modelo que permita situarlo en el contexto de España, para a continuación profundizar en su caracterización con la información de la Base de datos de Usuarios Dependientes (BDUD 2014) que detallaremos más adelante. Al final, se recoge la estimación realizada del gasto en 2014 total y por distintos agentes financiadores, y se realizan diversas simulaciones sobre el coste que podría generarse con distintas combinaciones de prestaciones y servicios

5.1. La aplicación en Andalucía de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención la Dependencia: una rápida consolidación

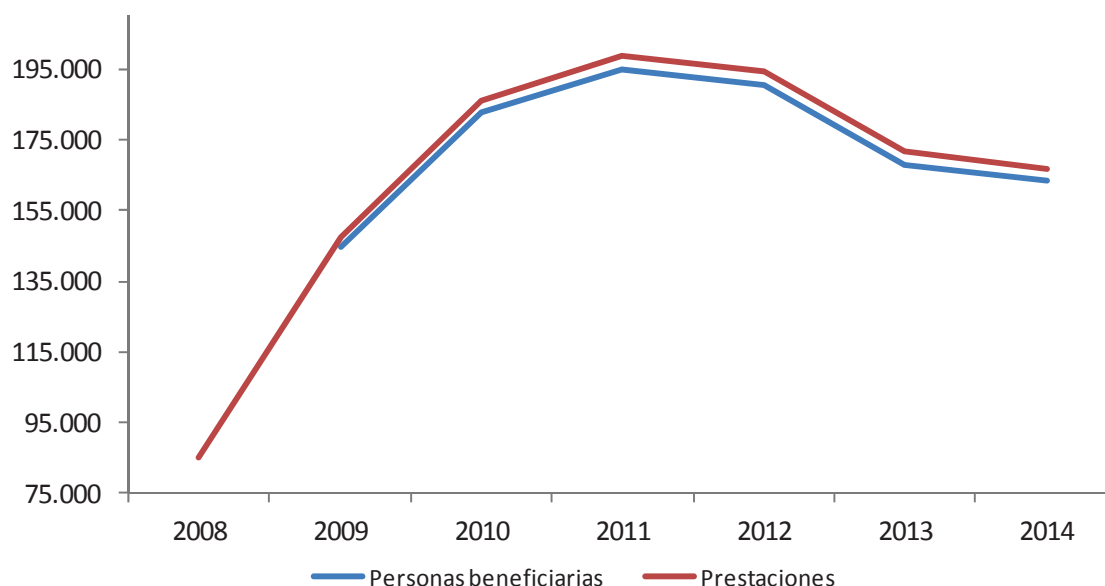
Para realizar una primera aproximación a la atención a la dependencia en Andalucía se aborda a continuación cómo ha evolucionado el número de personas beneficiarias y las prestaciones, para obtener una primera visión de hacia dónde ha caminado el modelo. Más adelante, se hace referencia al gasto público y su distribución por administraciones.

5.1.1. El modelo de Atención a la dependencia en Andalucía: beneficiarios y prestaciones

En una primera aproximación al análisis de la aplicación de la LAPAD en Andalucía lo más destacable es el temprano y acelerado desarrollo de su implementación. Desde 2007 –año de entrada en vigor- hasta 2011 se duplicó el número de prestaciones, pasando de 85.000 a casi 199.000. Una evolución similar siguió el número de personas

beneficiarias, lo que supuso que alcanzaran los 194.000 en 2011, momento en el que comienza a descender (gráfico 5.1).

Gráfico 5.1. Evolución de las personas beneficiarias y prestaciones en Andalucía. 2008-2014 (*)



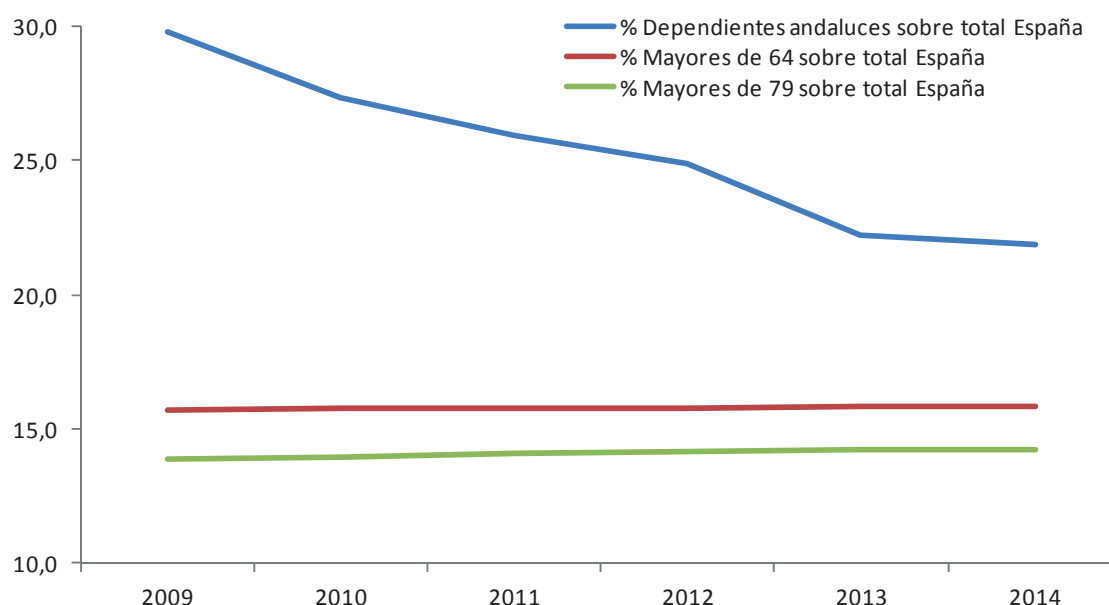
(*) Se han excluido las prestaciones de teleasistencia para no distorsionar el análisis.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD.

La absorción en los primeros años de los casos más graves, el retraso en la incorporación de los dependientes de Grado I, hasta Julio de 2015, el endurecimiento del baremo y el relativo colapso del sistema (Barriga et alia, 2014), justifican este descenso. Para valorar adecuadamente esta trayectoria hay que tener en cuenta el abrupto y acelerado ritmo de reducción del déficit impuesto a las CC.AA. desde 2012, que redujo notablemente la capacidad financiera de las comunidades autónomas. Como se puso de manifiesto en el capítulo anterior (cuadro 4.5), las medidas de ahorro puestas en marcha no atenuaron, sino todo lo contrario, el paulatino descenso de la financiación por parte de la administración central.

Esta rápida evolución y el fuerte compromiso con la aplicación de la Ley se refleja más claramente aún en el gráfico 5.2, donde se recoge la evolución de la participación de las personas beneficiarias andaluzas en el total de España.

Gráfico 5.2. Evolución del peso de las personas mayores de 64 años, mayores de 79, y de personas beneficiarias de prestaciones de atención a la dependencia en Andalucía sobre el total de España. 2009-2014

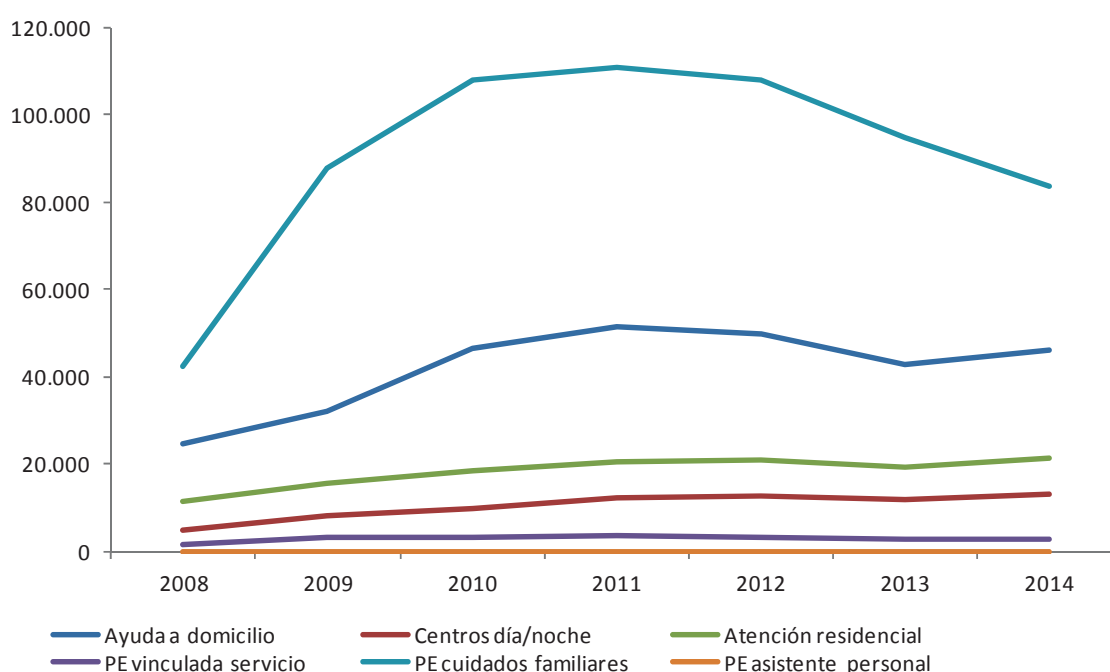


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD.

Para poder valorar esta participación se incluye también la participación de los mayores de 65 y de 80 años en el conjunto nacional, ya que en estos segmentos es donde se concentra, especialmente en estos últimos, el grueso de las necesidades de cuidados. Como puede observarse, si bien los porcentajes de mayores de 65 y de 80 años han permanecido prácticamente estables en el entorno del 16% y el 14% respectivamente, el peso de las personas dependientes ha estado siempre por encima, rozando incluso el 30% al principio de la serie. La celeridad mostrada en Andalucía junto con la lentitud observada en otras CC.AA. muy pobladas son probablemente las causas de esta evolución. De hecho, el perfil de la curva muestra un progresivo acercamiento a lo que debería ser una participación acorde con el peso que la población mayor de 65 o mayor de 80 tiene en el conjunto de España. No obstante, todavía a finales de 2014 las personas beneficiarias de atención en Andalucía representaban más del 21% del total estatal, muy superior al peso de sus referencias demográficas.

Una de las consecuencias de esta rápida puesta en marcha de la Ley fue el predominio de las PECEF a pesar del fuerte descenso registrado desde su máximo en 2011. De hecho este acentuado perfil cóncavo contrasta con el observado para el resto de prestaciones, más suave y con una ligera tendencia ascendente, salvo en el caso del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) donde el perfil se rompe a partir de 2013, año en el que vuelve a crecer (gráfico 5.3)

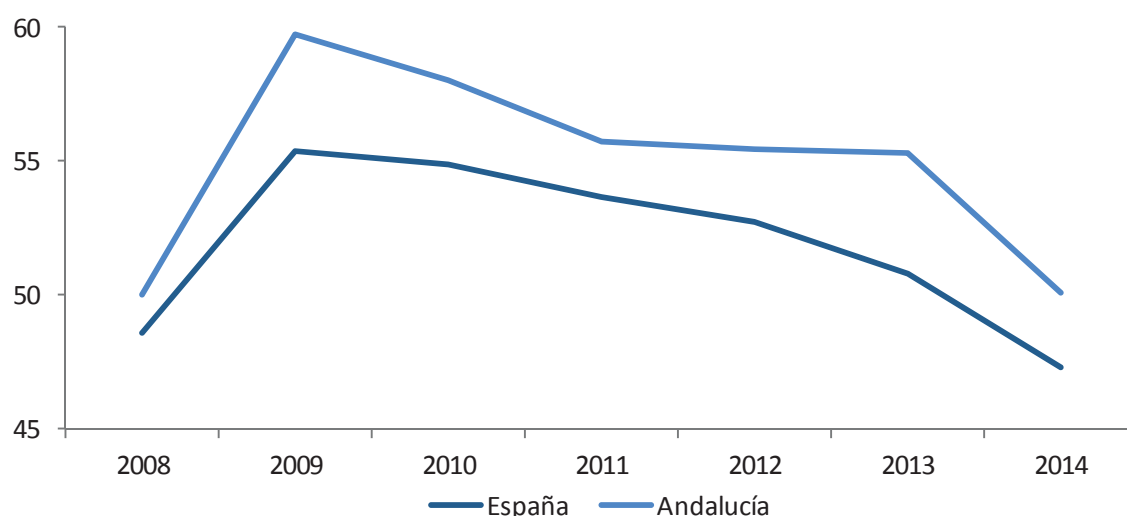
Gráfico 5.3. Evolución de las principales prestaciones de atención a la dependencia en Andalucía. 2008-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SISAAD.

Las tendencias apuntan a un modelo de prestación muy dependiente en sus inicios de las PECEF, cuyo peso ha ido descendiendo a partir de 2011; un perfil muy parecido al mostrado por el conjunto de España, solo que con mayor intensidad, ya que el porcentaje de participación de las PECEF sobre el total en Andalucía siempre ha sido superior al de España (gráfico 5.4). Esta senda es, en gran parte, el resultado de la voluntad por realizar una rápida aplicación de la LAPAD no a una diferencia en incidencia de la dependencia en Andalucía, pues el peso de este tipo de prestación ha mantenido un peso similar al total de personas beneficiarias.

Gráfico. 5.4 Evolución del porcentaje sobre el total de las Prestaciones Económicas para cuidado en el Entorno Familiar. Andalucía y España. 2008-2014

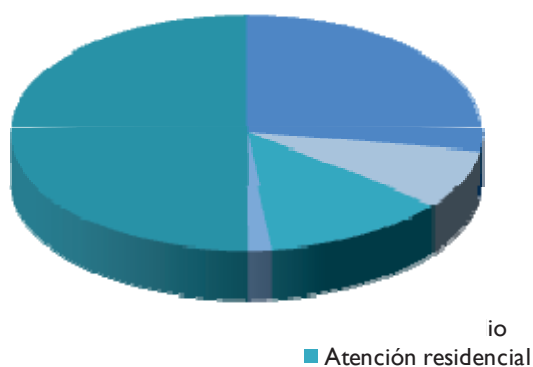


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SISAD. Los datos de 2008 pueden estar distorsionados por las prestaciones sin clasificar.

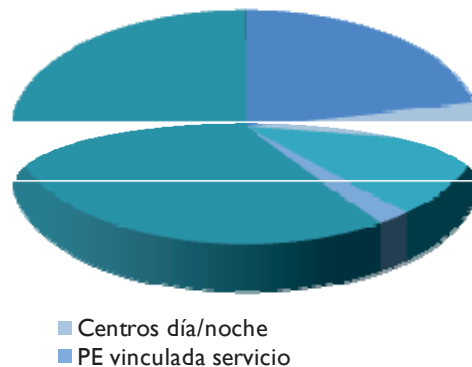
La facilidad de gestión de esta prestación, frente a una insuficiente infraestructura social de costosa y dilatada puesta en marcha, ha permitido dar una rápida respuesta a una demanda latente, que reclamaba atención inmediata. De hecho, si se comparan los años 2009 y 2014 (gráfico 5.5), es posible observar cómo, a pesar de la intensa disminución del peso de la PECEF, ésta sigue siendo mayoritaria en un peso similar al conjunto nacional.

Gráfico 5.5. Comparación de la distribución de beneficiarios por prestaciones principales en Andalucía 2009-2014

ANDALUCÍA 2014



ANDALUCÍA 2009



Nota: se ha excluido del cómputo de los servicios de Promoción de la Autonomía y de Teleasistencia para no distorsionar el análisis de las prestaciones principales.

Fuente: Elaboración propia a partir del SISAAD

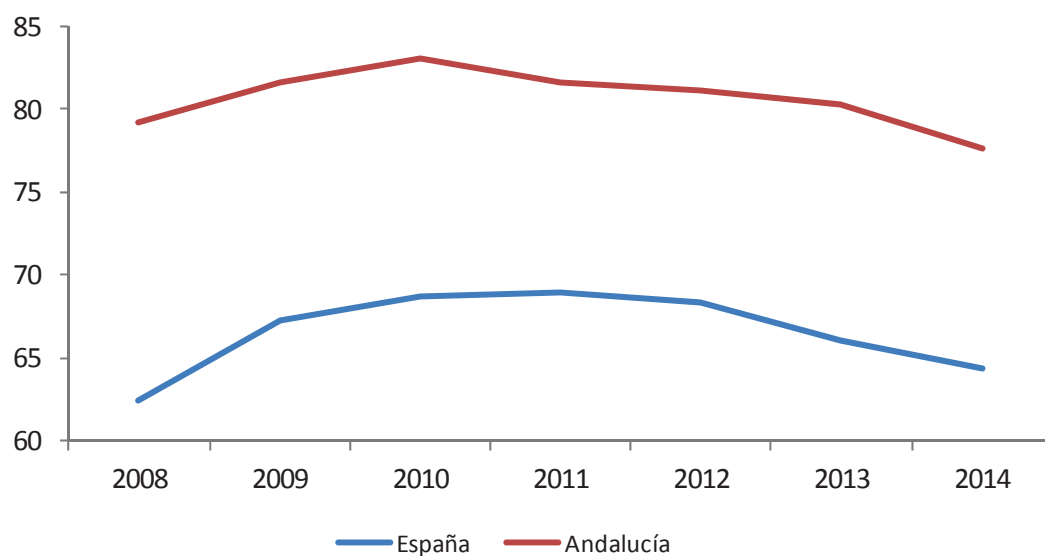
Existen, no obstante, diferencias de modelo con el contexto nacional, pues mientras en la Comunidad Autónoma de Andalucía es mayoritaria la Atención a Domicilio, en el caso del conjunto del Estado, la atención residencial y la que se realiza a domicilio tienen un peso similar (cuadro 4.6). Otra gran diferencia es el peso de la prestación económica vinculada al servicio (PEVS), que en Andalucía es casi testimonial, un 1,7%, mientras que en el conjunto de España alcanza el 9,3%.

Este es el rasgo más característico del sistema de atención a la dependencia desarrollado en Andalucía: se trata de un modelo basado en la atención en el hogar. Las PECEF y el SAD concentran el 77% de las prestaciones. Es decir, en Andalucía 4 de cada 5 personas dependientes son cuidadas en el ámbito doméstico, con cuidados formales e informales, peso que se reduce en el caso de España a 2 de cada tres. Y esto es una constante desde el inicio de la ley, ya que si exceptuamos el año 2008, donde la existencia de un número muy elevado de beneficiarios sin prestación identificada distorsiona el análisis, puede observarse cómo el peso de la atención en el hogar se ha mantenido prácticamente estable, en el entorno del 80%, de forma que la reducción del porcentaje de PECEF se ha visto compensada por un aumento de la atención a domicilio (gráfico 5.6). De hecho, uno de cada tres dependientes atendidos mediante el SAD es andaluz, participación que ha llegado a situarse prácticamente en 1 de cada 2 en el resto de Estado. Es decir mientras que en Andalucía se apuesta por un modelo de cuidado formalizado en el hogar, a nivel nacional hay una mayor orientación hacia la asistencia residencial.

Este modelo de atención basado en el hogar se apoya también en las preferencias de las familias andaluzas. Según los datos de la tercera oleada de la *Encuesta de la Realidad Social de Andalucía 2014* (CENTRA, 2014), más del 85% de las personas de Andalucía prefiere que las personas dependientes sean cuidadas en casa, porcentaje que asciende al 90% en los casos en los que ya existe una persona dependiente. Entre las distintas posibilidades la mayoritaria es la ayuda económica para que un miembro de la familia asuma la responsabilidad, alternativa que señala el 38,6% de las personas encuestadas, pero que sube a un 66,7% entre quienes tienen una persona

dependiente a su cargo. En Andalucía, los escasos datos del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAD) han servido de base para analizar la evolución y obtener una primera imagen característica de un modelo de cuidados muy familiarista, acorde con un Estado del Bienestar de tipo Mediterráneo. No obstante, también es cierto que en muy pocos años se ha realizado un gran esfuerzo por avanzar hacia un sistema más parecido a los países más avanzados. Como hemos dicho con anterioridad, en un primer momento parece haber primado la universalización del servicio, proporcionando algún tipo de prestación a los dependientes existentes, fundamentalmente PECEF. Pero en los últimos cuatro años el esfuerzo por sustituir los cuidados informales asociados a las PECEF ha reducido en 8 puntos porcentuales su participación en favor de otros más formalizados, especialmente la atención domiciliaria. En el epígrafe siguiente se podrá profundizar en el conocimiento del modelo de atención en Andalucía.

Gráfico 5.6. Porcentaje de personas dependientes atendidas en el hogar. Andalucía y España. 2008-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del SISAD. Incluye PECEF y SAD. Los datos de 2008 pueden estar distorsionados por las prestaciones sin clasificar.

5.1.2. El modelo de Atención a la dependencia en Andalucía: gasto público por administraciones

El otro aspecto de la evolución del sistema en Andalucía que es posible analizar para aproximarse al proceso de configuración del modelo de cuidados de larga duración es el gasto público. Ya se ha reiterado en distintas partes de este trabajo la parquedad de datos sobre este particular lo que dificulta sobremanera el estudio de la dependencia. Sorprendentemente 9 años después de la entrada en vigor de la LAPAD, no existe ninguna estadística sobre el gasto, ni siquiera del realizado por las administraciones a excepción de la aportación de la Administración General del Estado (AGE).

Si bien no existen estimaciones del gasto total, ante la ausencia de datos sobre la aportación de las personas usuarias, afortunadamente en Andalucía es posible reconstruir una serie del gasto público por agentes a partir de dos fuentes principales:

- Los datos del Informe de fiscalización *Análisis del Programa Presupuestario 31R: Atención a la Dependencia, envejecimiento activo y discapacidad* de la Cámara de Cuentas de Andalucía (2013), para el periodo 2007 y 2012.
- Información de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA), tanto del gasto total como de la aportación que realiza la AGE para 2013 y 2014.

Con estas dos fuentes se ha elaborado el cuadro 5.1. La primera conclusión que es posible extraer del mismo es el enorme esfuerzo que ha supuesto poner en marcha la LAPAD en Andalucía, ya que el gasto se ha multiplicado por ocho en los ocho años que lleva en vigor la ley. Para valorar este esfuerzo en su justa medida conviene recordar que si bien se inició en plena fase expansiva del ciclo la mayor parte de su desarrollo se ha llevado a cabo durante la recesión económica más grave desde la Gran Depresión. El esfuerzo realizado por ambas administraciones, la central y la autonómica ha sido importante dada la reducción de gasto generalizado, aunque la intensidad de ambos niveles de gobierno ha sido muy asimétrica, pues mientras la AGE ha multiplicado por 4 los fondos, la Junta de Andalucía lo ha hecho por 12.

Cuadro 5.1. Evolución del gasto público en atención a la dependencia en Andalucía, 2007-2014. (Millones de euros)

Año(*)	Gasto Público		
	JA	AGE	Total Gasto Público
2.007	69,8	69,8	139,6
2.008	364,8	199,3	564,2
2.009	707,0	383,5	1.090,5
2.010	682,8	439,6	1.122,4
2.011	731,0	427,4	1.158,3
2.012	849,1	345,9	1.195,0
2.013	926,7	272,1	1.198,8
2.014	867,3	252,2	1.119,4

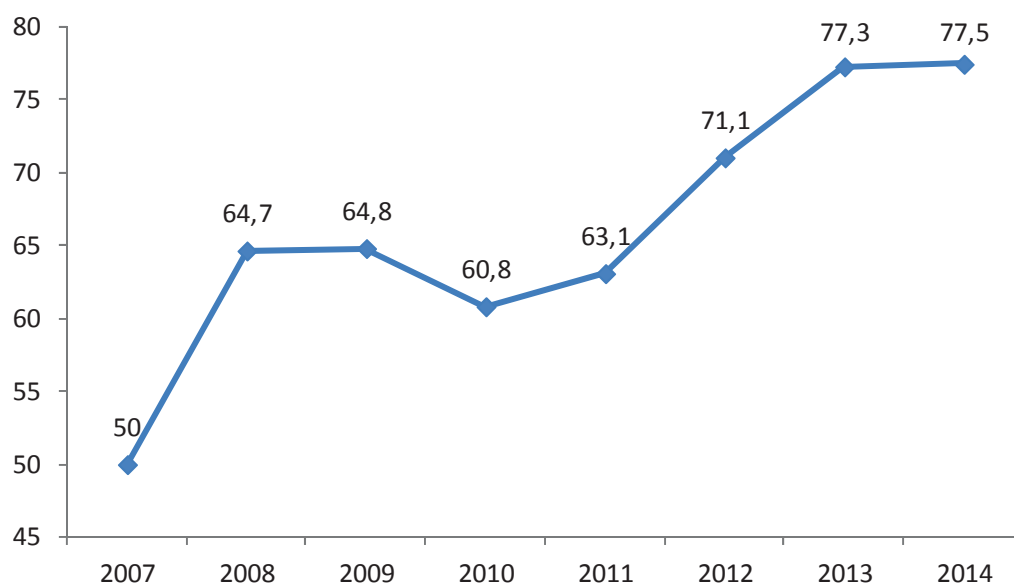
(*) Los datos hasta 2012 provienen de la Cámara de Cuentas (2013) y los 2013 y 2014 de información suministrada por ASSDA

Fuente: Elaboración Propia

Si analizamos el gráfico 5.7. se puede apreciar cómo la participación de la Junta de Andalucía en el total de gasto ha aumentado su peso desde el inicial 50% hasta el 77% de la financiación. Salvo en los años 2008 y 2009, en el resto de los años esta relación se incrementó. Como es sabido, esta participación no se ajusta a lo recogido en el artículo 33.3. párrafo 2 de la Ley cuando señala que *“la aportación de la Comunidad Autónoma será, para cada año, al menos igual a la de la Administración General del Estado como consecuencia de lo previsto en este apartado y en el anterior”*, en referencia a las aportaciones el nivel acordado, el propio artículo 33, y Nivel Mínimo Garantizado, previsto en el artículo 9. Es decir de alguna forma plantea una cofinanciación al 50% entre ambas administraciones. De esta manera para cumplir con lo dispuesto en este artículo el gobierno andaluz podría haber gastado 2.800 millones de euros menos, y cumplir estrictamente con lo establecido en la Ley, lo cual parece

imposible para dar respuesta a las demandas de las personas dependientes, o el gobierno central haber aportado 1.400 millones de euros más para cumplir con el 50%.

Gráfico 5.7. Evolución de la participación de la Junta de Andalucía en el total de gasto público en atención a la dependencia en Andalucía. 2007-2014

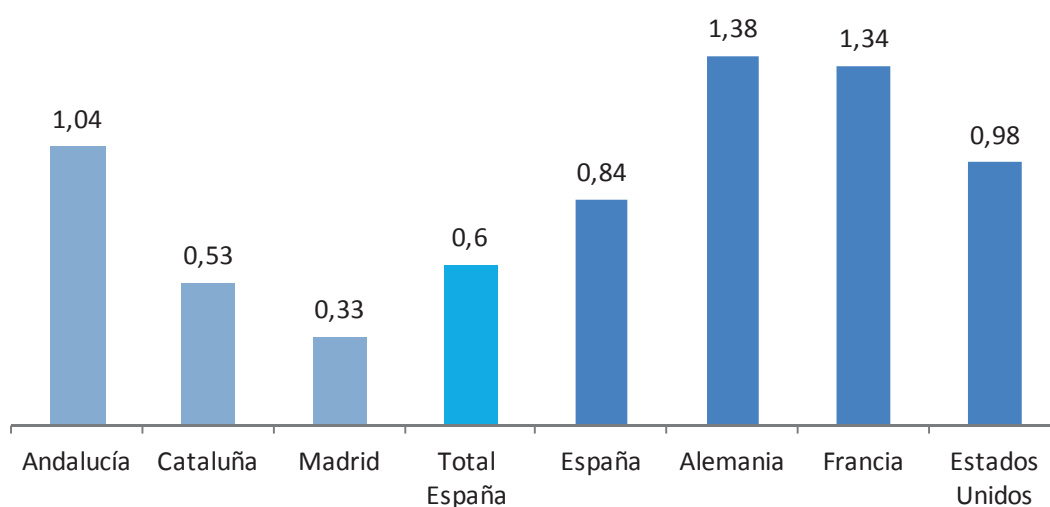


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Cudro 5.

Por último, un apunte sobre el esfuerzo relativo de la Comunidad Autónoma en materia de dependencia. En el gráfico 5.8, realizado a partir del trabajo de Pozo y Escribano (2013) referido a 2011, se recogen los datos de las comunidades más pobladas y de algunos grandes países. En él puede observarse cómo el esfuerzo relativo realizado por Andalucía es superior a la media de España y muy superior al realizado por Madrid o Cataluña, situándose en línea de países como EE.UU.

En conclusión, el sistema articulado ha supuesto un enorme esfuerzo financiero realizado por las administraciones públicas, singularmente por la Junta de Andalucía, para desarrollar un modelo de cobertura universal, que supone un esfuerzo relativo muy superior a la media española y al de las comunidades más pobladas.

Gráfico 5.8. Gasto nacional en salud de cuidados de larga duración según países (2009) y comparación con el coste en España y algunas CC.AA. de las prestaciones de dependencia para el año 2011. (% del PIB)



Fuente: Elaboración propia a partir de Pozo y Escribano (2013)

5.2. Caracterización de la dependencia en Andalucía: fuente de información

Uno de los aspectos desconocidos de la dependencia es precisamente las personas dependientes. Lo exiguo de las estadísticas que proporciona el SISAD hacen muy difícil aproximarse a la realidad de las personas necesitadas de cuidados. A nivel de CC.AA. sólo existe información de gestión: solicitudes, dictámenes por grado, beneficiarios y prestaciones. Con este nivel de información no es posible acercarse al estudio del sistema de forma que permita desentrañar sus claves.

Uno de los objetivos secundarios que se planteó este trabajo de investigación fue profundizar en el conocimiento del sistema de atención a las personas dependientes en Andalucía, entendiendo que parte de las claves sobre su impacto económico y el empleo dependería en gran parte de sus características. Más allá, de los análisis de trazo grueso, como el realizado en el epígrafe anterior al analizar la evolución del modelo en Andalucía, poco más se sabe. Así se desconocen rasgos tan básicos como cuál es la distribución según el nivel de renta de las personas dependientes que permita valorar cuál es el nivel de esfuerzo que pueden realizar y cuál el que debe acometer la administración pública. Tampoco se conoce cuál es la incidencia de las

distintas prestaciones en función del grado y edad lo que permitiría determinar cuál es el tipo de respuesta que se está dando según las circunstancias personales.

No es el objetivo de este trabajo de investigación ofrecer una radiografía completa del sistema de atención a la dependencia en Andalucía, pero sí ofrecer información sobre aquéllos aspectos que permitan contextualizar y entender mejor, su impacto en la actividad económica y el empleo.

En este sentido, es muy de agradecer el esfuerzo realizado por la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales y la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA) -adscrita a ella-, para aportar información de base a partir de sus sistemas de gestión: información que ha permitido generar una base informativa muy rica. Estos datos son imprescindibles para realizar una estimación ajustada pues, hasta donde nuestro conocimiento alcanza, es la primera investigación en España que utiliza fuentes directas de población para calcular magnitudes tan importantes como el gasto por tipología de prestación o la aportación de las personas usuarias. Podemos afirmar sin miedo a equivocarnos que por primera vez esta información aporta un escenario fiable de rasgos básicos del sistema y su funcionamiento.

5.2.1. La base de información: la construcción de la Base de Datos de Usuarios Dependientes, BDUD 2014.

El conjunto de la información se ha integrado en una Base de Datos de Usuarios Dependientes (BDUD 2014).

Fuente

La BDUD2014 es una base construida sobre dos bases de datos originales provenientes de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, en la parte correspondiente a las personas dependientes atendidas en residencias propias de la administración autonómica y de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA) para el resto. Son bases anonimizadas obtenidas de los sistemas de gestión de las

diferentes prestaciones. Por lo tanto provienen originariamente del cruce y consolidación de datos administrativos. En total con las distintas fuentes se compuso una base de datos de 160.172 registros.

Proceso de depuración, homogeneización y consolidación

Al tratarse de registros administrativos de los sistemas de gestión, fue necesario realizar una labor de depuración y homogenización.

En primer lugar se realizó un trabajo de cumplimentación de la información de los registros en los que faltaba algún campo relevante. Muchas de estas deficiencias fueron fácilmente detectables y subsanables porque se trataba de fallos mecánicos en la grabación de los registros que afectaban fundamentalmente a la localidad. En muchos casos fue necesario realizar un proceso iterativo de reconstrucción, registro a registro, encadenando información y acudiendo a información externa. La casuística es muy amplia pero, a título de ejemplo, se pueden señalar los casos en los que:

- a partir de los datos de cuantía máxima de la PECEF se puede estimar el grado,
- a partir del coste se puede obtener el tipo de recurso
- o a partir de la capacidad económica, recogida mensual o anualmente para tener acceso al tipo recurso, inferir el recurso y una vez determinado éste calcular el coste.

Donde más problemas han existido ha sido en los datos relativos a la fecha de solicitud, de la elaboración del PIAS, razón por la cual se ha renunciado a completar este tipo de información y a utilizar la antigüedad como una variable de análisis. Finalmente se han depurado casi 5.000 registros y se han descartado 51 por lo que la base de datos contiene un total de 160.121 registros.

En segundo lugar, se ha procedido a la homogenización de las variables. Los datos recogidos inicialmente en el campo *capacidad económica* en función del recurso se

registraban con distinta periodicidad: mensual o anual. Para las variables de coste de las prestaciones o servicios ha habido que reorganizar la información, dado que en el caso de las prestaciones lo relevante es el coste y el porcentaje de aportación de la persona usuaria, mientras que en el de las prestaciones lo es la cuantía percibida y la máxima que podría percibirse en función del grado y nivel.

En tercer lugar, se ha procedido a consolidar las tipologías de prestaciones en función de las complementariedades existentes diferenciando los tipos en función de las prestaciones que se perciben y que ha generando un coste y una aportación del usuario total.

Tamaño

Consta de 160.121 registros.

Fecha de referencia

La BDUD2014 está referida a 31 de Diciembre de 2014.

Sujetos

Personas dependientes que a la fecha de referencia estuvieran percibiendo alguna prestación o disfrutando de algún servicio. No se incluyen las personas que aún teniendo asignada prestación o servicio no los estuvieran percibiendo o disfrutando a la fecha de referencia.

Contenido

- Datos de identificación: Sexo y edad.

- Localización Territorial: Municipio, Provincia y Zona de Trabajo Social (ZTS)³⁷.
- Antigüedad: Fecha de solicitud de la valoración y fecha del último PIA aprobado para la persona dependiente.
- Situación de dependencia: grado y nivel.
- Prestaciones: recurso, prestación o servicio asignado a la persona dependiente. Éstas pueden ser prestación principal o complementaria, hasta dos, en función de la complementariedad e incompatibilidades. Las prestaciones y servicios diferenciados son:
 - *Servicio de Teleasistencia: (SAT).*
 - *Servicio de Ayuda a Domicilio:*
 - *Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF).*
 - *Prestación Económica para Asistente Personal (PEAP).*
 - *Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS).*
 - *Servicio de Atención Residencial de Mayores en plazas propias (SARMP):*
 - *Servicio de Atención Residencial de Mayores en plazas concertadas (SARMC):*
 - *Servicio de Atención Residencial de Discapacitados (SARD).*
 - *Unidades de Estancia Diurna y Nocturna, y Plazas de Respiro (UED).*
- *Capacidad Económica del Dependiente:* fundamentalmente la renta, en función de los requisitos normativos para cada tipo de recurso. Es la cantidad que figura en el PIA que sirve de base, en el momento de determinar el tipo de prestación o servicio), para determinar la aportación del usuario.
- *Gasto.* Recoge el Gasto público, la aportación del usuario y el coste total de la prestación o servicio, del recurso principal y los posibles complementos, así como el total.

³⁷ Dado que los datos de base son municipales, en aquellos casos en los que existen más de una Zona de Transformación Social por municipio, como en el caso de las grandes ciudades, se ha considerado al municipio como una única zona.

5.3. Caracterización de la dependencia en Andalucía: dependientes, servicios y capacidad económica

Una vez precisadas las características de la información que va a servir para establecer los rasgos básicos de la atención a la dependencia en Andalucía, a continuación se abordará su análisis tomando en consideración cuatro ámbitos de estudio: dependientes, prestaciones, gasto y caracterización territorial.

5.3.1 Dependientes: sexo, edad, provincia y renta

La primera de las variables a analizar es la distribución por sexo de las personas en situación de dependencia. Tal y como en muestra en el cuadro 5.2., el número de mujeres es casi el doble que el de hombres.

Cuadro 5.2. Distribución de las personas dependientes por sexo y cohorte de edad. Andalucía 2014.

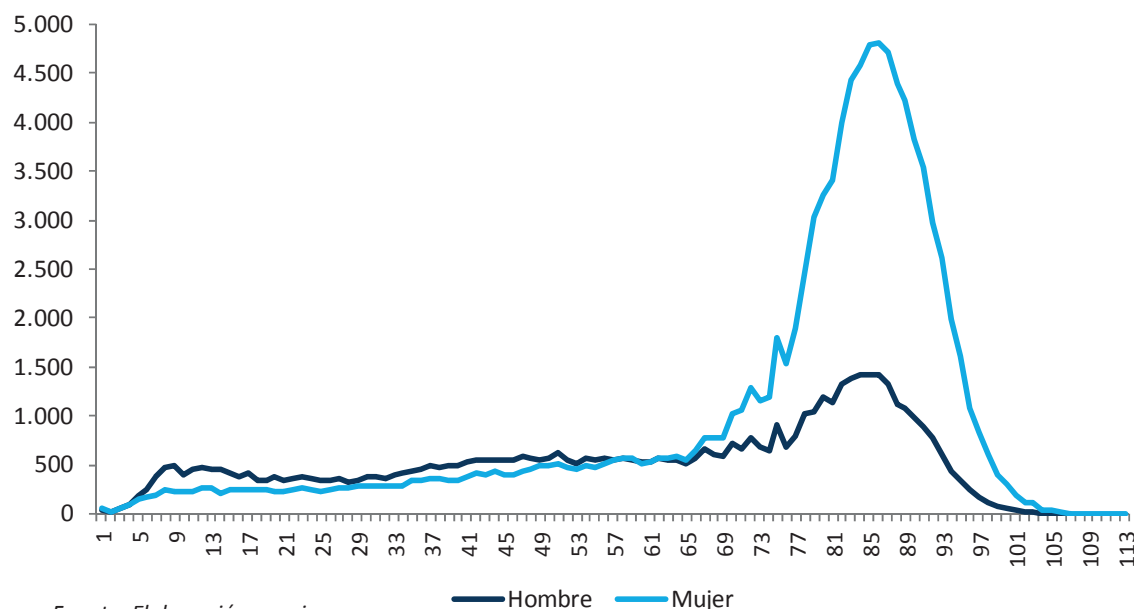
	Hombres	Mujeres	Total
<25 años	7.903	4.805	12.708
25-49 años	11.437	8.529	19.966
50-64 años	8.332	7.817	16.149
65-79 años	10.834	19.953	30.787
>79 años	17.618	62.893	80.511
Total	56.124	103.997	160.121

Fuente: Elaboración propia

Es evidente, como refleja la distribución por edades, la influencia que tiene la mayor esperanza de vida de ellas. Si para los menores de 25 años los hombres son más numerosos, ambos sexos van convergiendo a medida que aumenta la edad hasta igualarse entre los 50 y 64 años, cohorte a partir de la cual las mujeres duplican el número de hombres, cuadruplicándose a partir de los 79. La mayor diferencia se

produce cuando mayor es el número de dependientes, como se aprecia en el gráfico 5.9., en torno a los 86 años.

Gráfico 5.9. Distribución de las personas dependientes por sexo y edad. Andalucía 2014.



Fuente: Elaboración propia

La distribución de dependientes por provincias sigue el patrón de distribución de la población sin que existan grandes diferencias entre ellas (cuadro 5.3). Las provincias más pobladas, Sevilla, Málaga y Cádiz, concentran el 50 % de los dependientes.

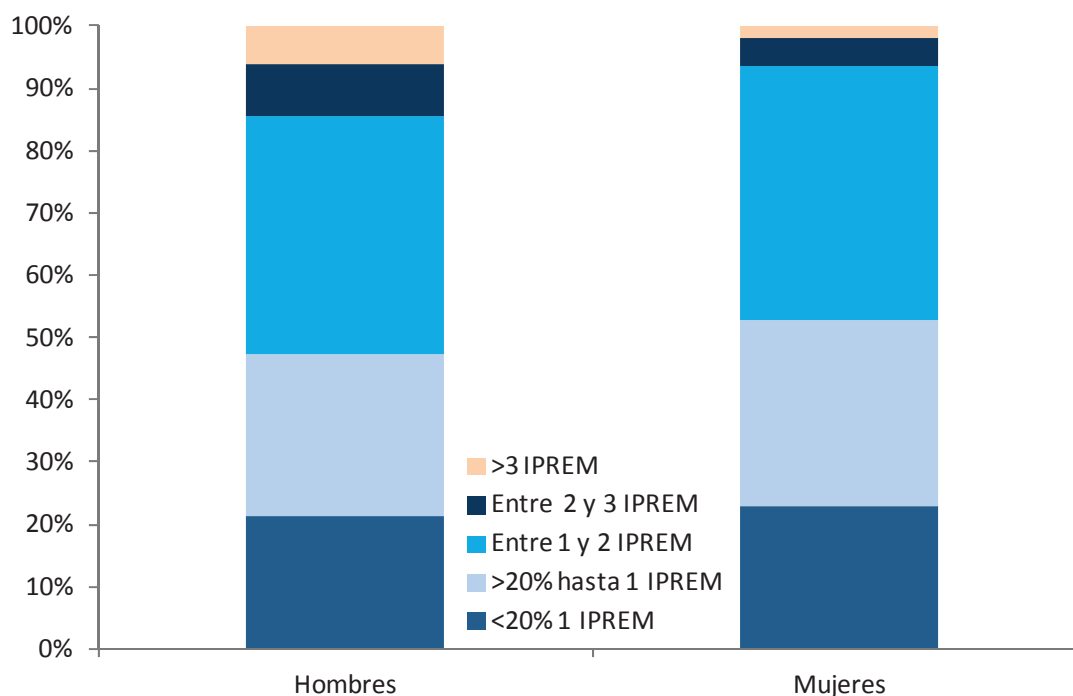
Cuadro 5.3. Distribución de las personas dependientes por sexo y provincia. Andalucía 2014.

	Hombres	Mujeres
Almería	9,8%	9,3%
Cádiz	14,4%	13,1%
Córdoba	10,8%	10,5%
Granada	11,6%	12,2%
Huelva	7,1%	7,6%
Jaén	11,3%	12,2%
Málaga	16,0%	15,0%
Sevilla	19,0%	20,1%
Total	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Uno de los aspectos más interesantes para este trabajo es el análisis de renta de las personas en situación de dependencia. A partir de los gráficos 5.10 y 5.11 es fácilmente apreciable los bajos niveles de renta de las personas dependientes, donde tanto hombres como mujeres se encuentran, en un 50%, por debajo del IPREM. Si incorporamos a los dependientes que tienen una renta entre 1 y 2 veces el IPREM, alcanzamos el 85% y el 95% respectivamente. La diferencia de diez puntos porcentuales en renta entre ambos sexos tiene que ver con las diferentes trayectorias profesionales de unos y otros vinculadas a una modelización social en la que o se confinaba a la mujer en el hogar lejos del trabajo retribuido y su retribución era significativamente menor que la de los varones. Esta situación ha tenido como consecuencia niveles de pensiones por jubilación muy reducidas. Siendo así, no solo los niveles de renta de las personas dependientes son muy bajos, sino que en el caso de las mujeres esta situación se agudiza.

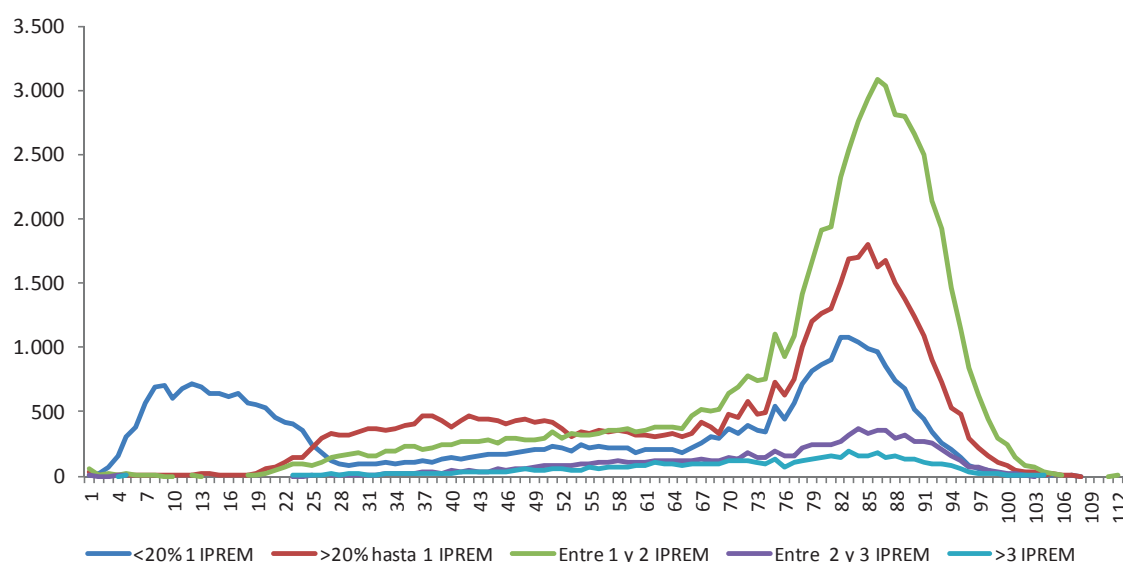
Gráfico 5.10. Distribución de la población dependiente por sexo y tramo de renta. Andalucía 2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.iprem.com.es/2014.html>

En este análisis la situación de los menores discapacitados introduce un sesgo ya que son incluidos dentro del grupo de los que tienen menos del 20% del IPREM. No obstante, este efecto queda descontado si se incorpora la edad como variable de análisis. En el gráfico 5.11 puede observarse cómo entre las personas mayores, la mayoría de las dependientes, el tramo de renta más bajo pierde peso, siendo los situados entre 1 y 2 IPREM el tramo más numeroso, seguido de los que están entre el 0,20 y el IPREM. Esta distribución es más acorde con el nivel de pensiones existente, especialmente con las no contributivas y las de viudedad, muy generalizada entre las mujeres.

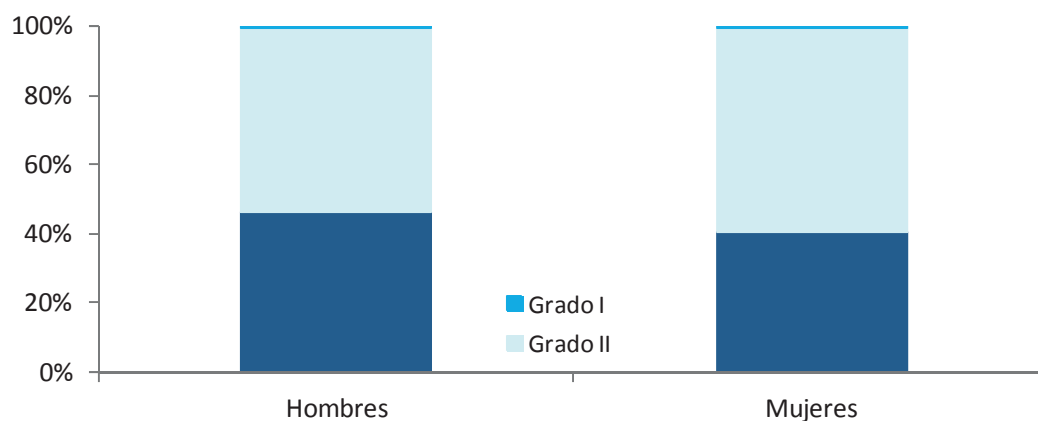
Gráfico 5.11. Distribución de la población dependiente por edad y tramos de renta. Andalucía 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.iprem.com.es/2014.html>

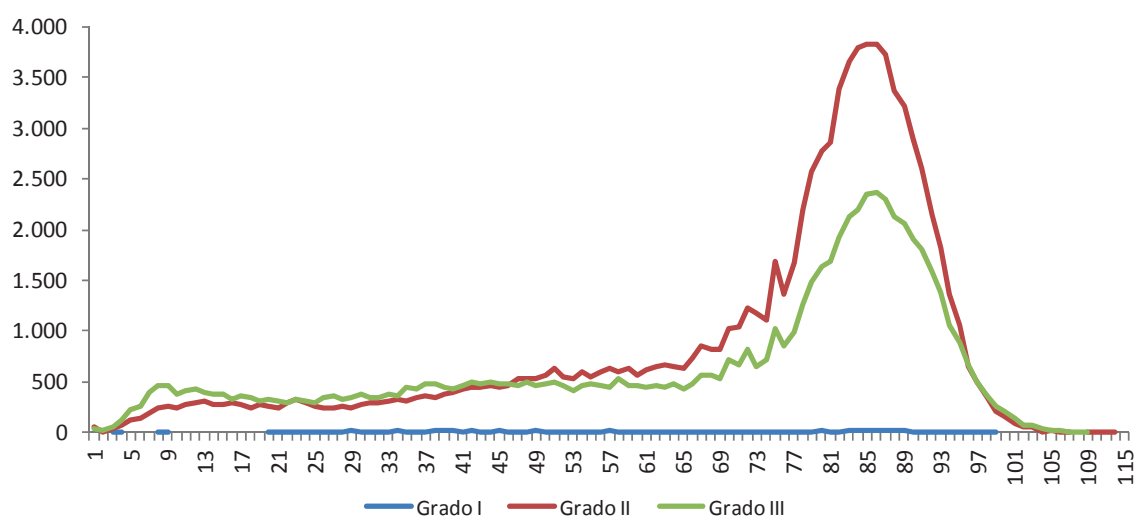
5.3.2 Grado de dependencia

En cuanto al grado de dependencia, el primer hecho destacable es el carácter testimonial de los dependientes de Grado I dado que su incorporación efectiva no se ha producido hasta Julio de 2015 y, por tanto, no constan en la base de datos –cerrada a 31 de diciembre de 2014-. Los dependientes de Grado II son mayoritarios, especialmente entre las mujeres (gráfico 5.12.)

Gráfico 5.12. Distribución de la población dependiente por sexo y grado. Andalucía 2014.

Fuente: Elaboración propia

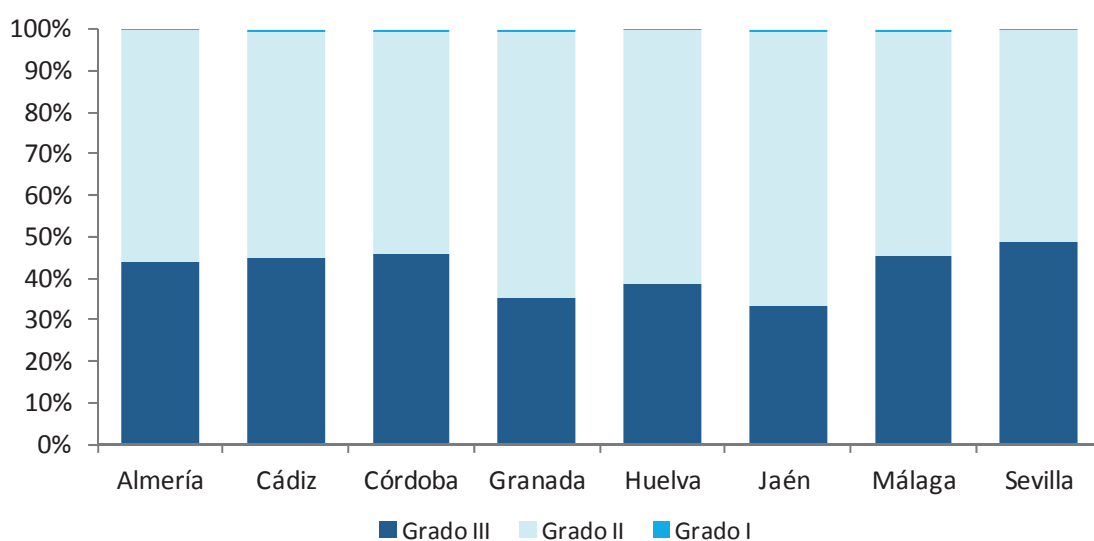
Si consideramos la distribución de las personas en situación de dependencia por grado y edad (gráfico 5.13.) se observa que ésta es similar entre grados hasta los 65 años. A partir de esa edad el Grado II comienza a ser predominante, especialmente entre los 80 y 90 años, con un pico en los 87. En esta cohorte se inicia una aproximación progresiva entre ambos grados hasta llegar a invertirse en peso relativo. Estos datos, no confirman la existencia de una relación directa entre dependencia y edad, pues hasta los 46 años los dependientes de grado III son más numerosos, lo que no vuelve a suceder hasta los 98 años.

Gráfico 5.13. Distribución de la población dependiente por edad y grado. Andalucía 2014

Fuente: Elaboración propia

Respecto a la variable territorial, es posible detectar diferencias significativas entre provincias pues si bien en todas las provincias el Grado II es mayoritario, en Granada, Huelva y Jaén el número de dependientes de Grado III está por debajo del 40% (gráfico 5.14.)

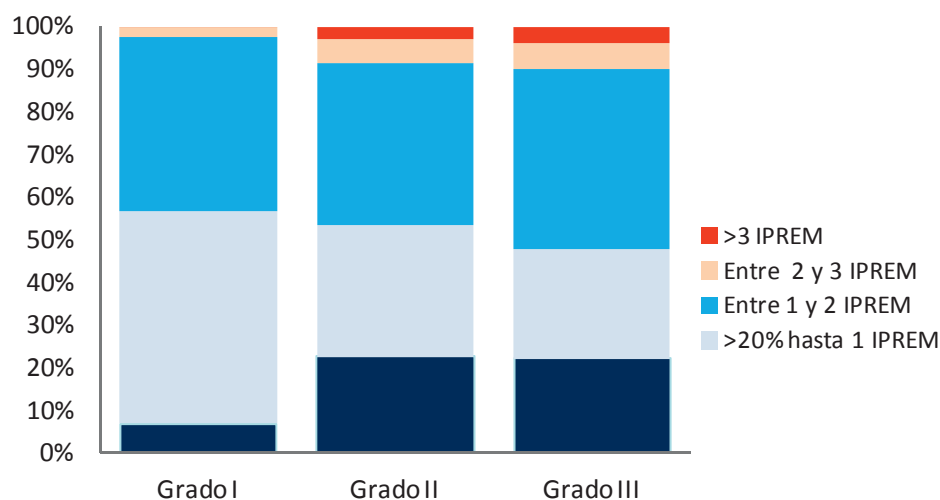
Gráfico 5.14. Distribución de la población dependiente por provincia y grado. Andalucía 2014.



Fuente: Elaboración propia

Por último, si relacionamos el grado de dependencia y los tramos de renta (gráfico 5.15), obviando el grado I por carecer de representatividad, observamos que:

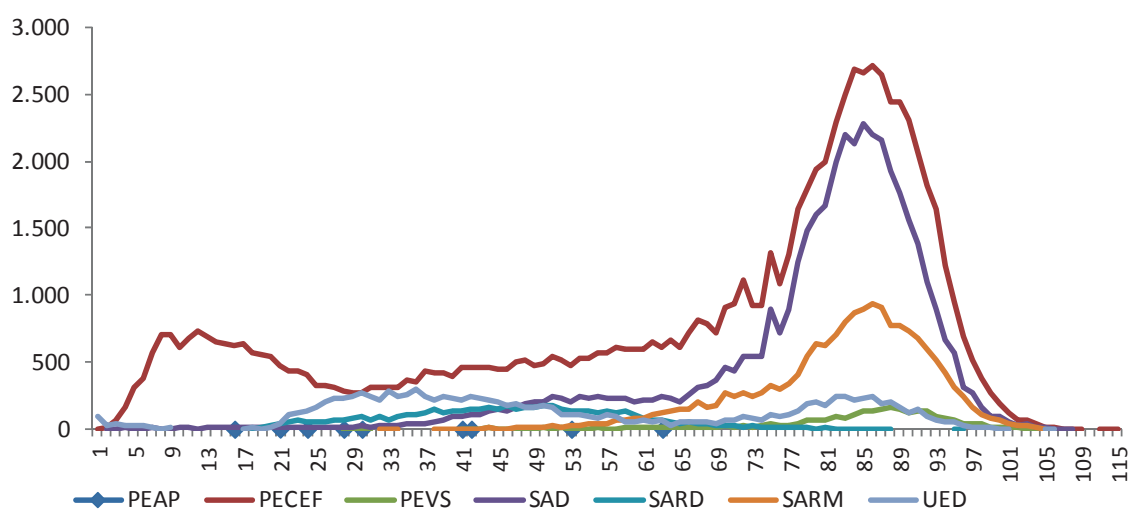
- El peso de ambos grados es similar en el tramo inferior de la renta.
- El grado II es más frecuente en el intervalo de 0,2 a 1 IPREM.
- El Grado III es predominante en el tramo de 1 a 2 IPREM.
- El resto de tramos son muy poco significativos.

Gráfico 5.15. Distribución de personas dependientes en cada grado por tramos de renta. Andalucía 2014.

Fuente: Elaboración propia a partir de <http://www.iprem.com.es/2014.html>

5.3.3 Prestaciones

Por lo que respecta a las prestaciones, como ya se apuntó al analizar la evolución del modelo de atención a la dependencia en Andalucía, la PECEF y SAD son predominantes. Más del 77% de los dependientes recibe alguno de los dos, siendo la PECEF percibida por prácticamente uno y de cada dos dependientes andaluces.

Gráfico 5.16. Distribución de personas dependientes por edad y prestación principal. Andalucía 2014.

Nota: Se ha excluido el Servicio Andaluz de Teleasistencia (SAT)

Fuente: Elaboración propia

La distribución por edad de las personas en situación de dependencia según el tipo de prestación, presenta diferencias significativas (gráfico 5.16):

- Si bien la PECEF es mayoritaria en todas las franjas de edad, presenta dos picos claramente diferenciados: los menores de 25 años, personas discapacitadas, y las personas mayores de 65.
- El SAD es minoritario hasta los 65 años. A partir de esa edad se inicia un ascenso progresivo hasta alcanzar un pico en los 85 años. Su descenso es más acusado que el que presentan las PECEF, de hecho para las edades más avanzadas se ve superado por la atención residencial. Es, por tanto, un recuso para mayores, pero no para los tramos más elevados de edad.
- Similar perfil presenta el SARM aunque en los tramos de edad más avanzada pierde importancia a favor del SAD.
- Por último, las personas beneficiarias de las UED presentan dos picos, uno vinculado a los dependientes entre los 25 y 50 años, asociado al algún tipo de discapacidad, y otro entre los 73 y los 94 años.

La distribución por sexo no ofrece grandes diferencias entre personas beneficiarias a excepción del SAD donde las mujeres presentan un peso superior a los hombres 10 puntos porcentuales.

Cuadro 5.4. Distribución de las personas dependientes por sexo y prestación principal. Andalucía 2014.

	Hombres	Mujeres	Total
PEAP	0,01%	0,00%	0,0%
PECEF	55,06%	49,21%	51,3%
PEVS	1,00%	1,83%	1,5%
SAD	19,45%	29,70%	26,1%
SARD	5,70%	2,01%	3,3%
SARM	9,36%	11,16%	10,5%
UED	9,42%	6,07%	7,2%

Nota: Se ha excluido el Servicio Andaluz de Telesistencia (SAT)

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a cómo se distribuyen las personas dependientes entre los diferentes tramos de renta para cada tipo de prestación, puede señalarse que existen perfiles definidos, es decir, parece existir una clara relación entre prestación y renta.

Obviando las PEASP, por el escaso número de casos que representan, las PECEF se asocian en un 90% al intervalo por debajo de los dos IPREM y una presencia muy significativa de los que tienen una renta inferior al 0,2. El grupo más numeroso es el de las personas beneficiarias que se sitúan entre los 2 y 3 IPREM.

La PEVS es la prestación asociada más claramente a los niveles altos de renta. Así:

1. Menos del 10% está por debajo del IPREM.
2. El grupo mayoritario es el tramo comprendido entre una y dos veces el IPREM
3. Es la única que tiene presencia significativa en el tramo superior de renta con casi un 15%.

El SAD presenta un perfil de renta en el que el 80% de las personas beneficiarias están por debajo de un IPREM y prácticamente la mitad por debajo del 0,2.

En el caso del SARD, el nivel más bajo no es significativo, siendo el tramo con mayor presencia el que se sitúa entre 1 y 2 IPREM. El mismo perfil, aunque más acusado, presenta el SARM, pues las personas que se encuentran entre 1 y 2 IPREM suponen tres de cada cuatro beneficiarios.

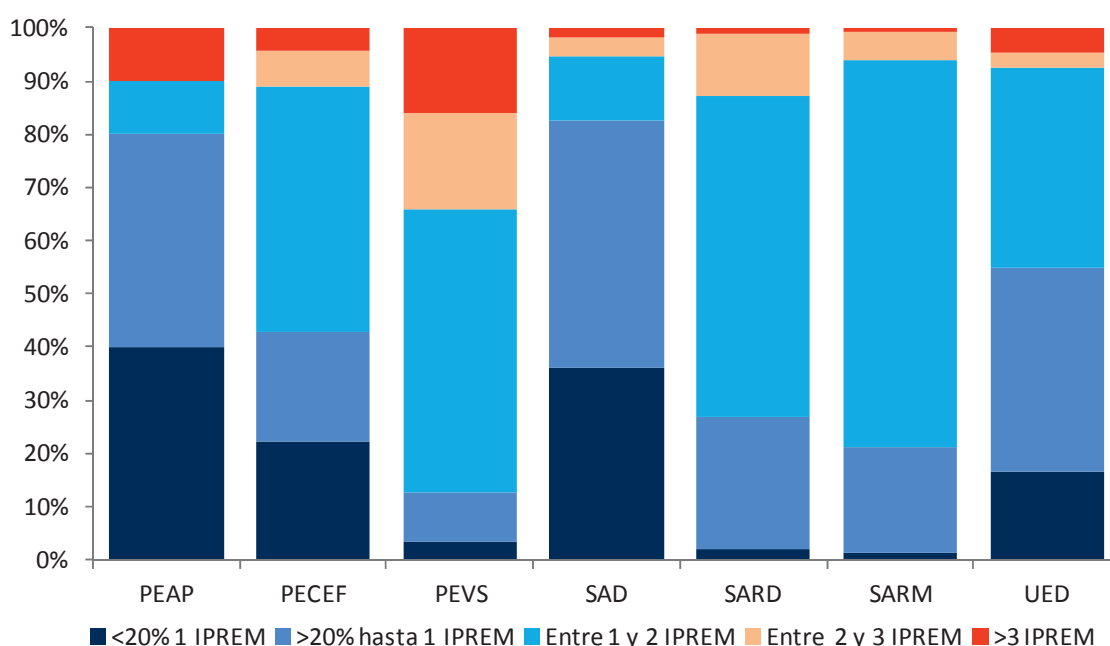
Por último, el 90% de las personas usuarias de la UED se encuentran por debajo de los 2 IPREM con un peso significativo de los que tienen menos del 0,2, pues, tal y como hemos visto, en esta prestación tienen un peso significativo las personas discapacitadas de mediana edad.

5.3.4 Distribución del gasto

Para finalizar la caracterización del sistema de atención a la dependencia en Andalucía conviene analizar cómo se distribuye el gasto en función de distintas características de las personas en situación de dependencia.

Una primera relación a analizar es la distribución del gasto por niveles de renta y sexo (gráfico 5.17). En este caso el grueso del gasto se concentra por debajo del tramo medio de renta, con una participación relativamente similar entre los que tienen una renta entre el 0,2 y 1 IMPREM y entre este último y 2.

Gráfico 5.17. Distribución de la población dependiente por tramos de renta para cada tipo de prestación principal. Andalucía 2014.

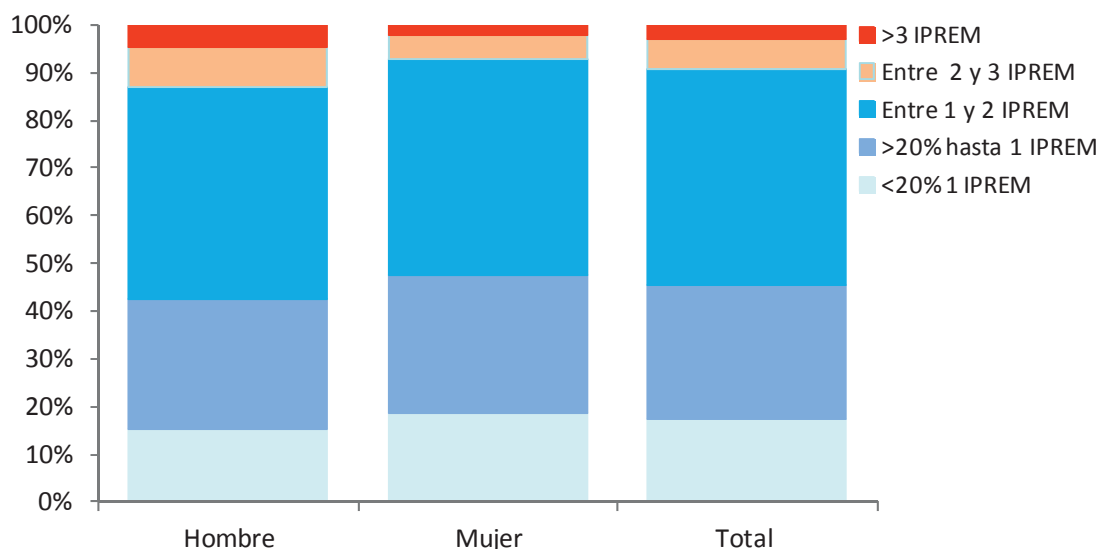


Nota: Se ha excluido el Servicio Andaluz de Teleasistencia (SAT)

Fuente: Elaboración a partir de <http://www.iprem.com.es/2014.html>

Aunque existen algunas diferencias por sexo -las mujeres tienen un perfil que se orienta ligeramente hacia las rentas más bajas- no son muy significativas (gráfico 5.18).

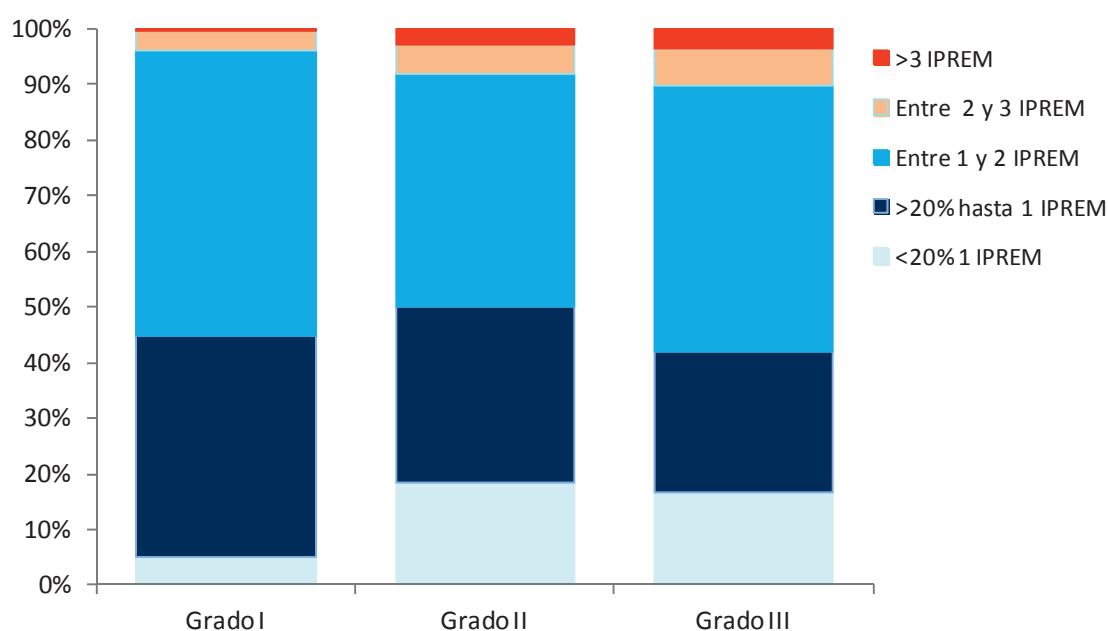
Gráfico 5.18. Distribución del gasto entre tramos de renta, hombres y mujeres. Andalucía 2014.



Fuente: Elaboración a partir de <http://www.iprem.com.es/2014.html>

En cuanto a la distribución de gasto entre grados por tramos de renta, obviando de nuevo el Grado I, ésta no ofrece grandes diferencias entre el Grado II y III (gráfico 5.19).

Gráfico 5.19. Distribución del gasto por tramos de renta para cada grado. Andalucía 2014.

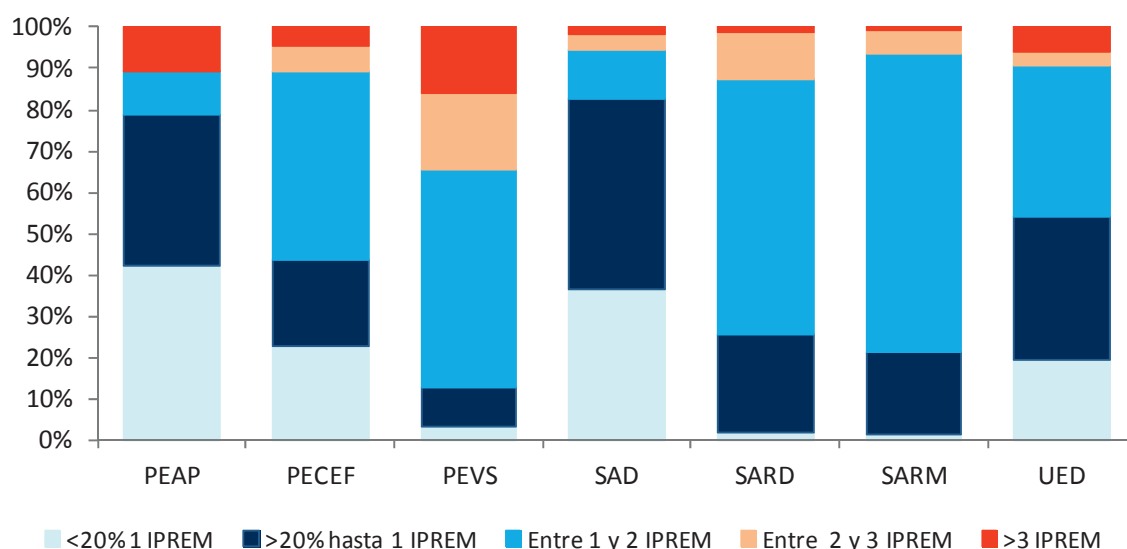


Fuente: Elaboración a partir de <http://www.iprem.com.es/2014.html>

Sin embargo, si analizamos la distribución del gasto según el tipo de prestación y tramo de renta sí existen diferencias significativas (gráfico 5.20):

1. En la PECEF el grueso del gasto se produce para los niveles bajos y medios de renta con poco peso de los tramos superiores.
2. La PEVS presenta el perfil contrario: los dos tramos superiores representan casi un tercio mientras que el tramo intermedio, entre 1 y 2 IMPREM, concentra el 50%, es decir, el grueso del gasto se realiza en los tramos de renta medios y altos.
3. En el caso del SAD la mayor parte del gasto, casi el 80%, se concentra en las personas dependientes de los dos tramos de menor renta, es decir, por debajo de 1 IMPREM.
4. Los dos servicios residenciales, discapacitados y mayores, presentan un perfil similar de concentración del gasto en los dependientes de renta media, más acentuado en el caso de mayores.
5. Por último, en el caso de las personas dependientes que utilizan las UED, el gasto se distribuye entre los niveles de renta media-baja, similar a aquéllos que perciben PECEF, aunque con un menor peso de los estratos más bajos.

Gráfico 5.20. Distribución del gasto por tramos de renta para cada prestación. Andalucía 2014.



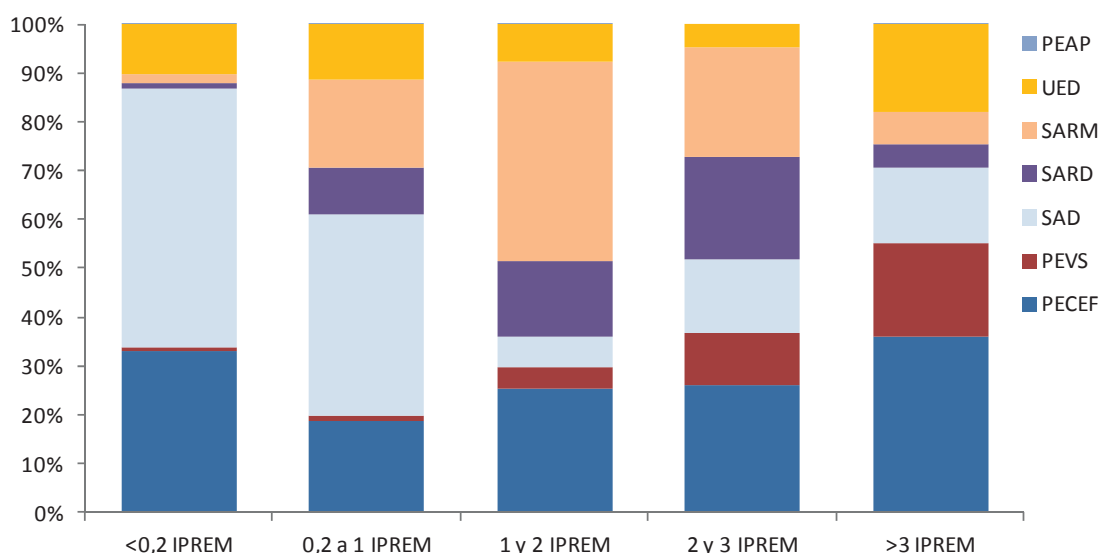
Nota: Se ha excluido el Servicio Andaluz de Teleasistencia (SAT)

Fuente: Elaboración a partir de <http://www.iprem.com.es/2014.html>

Por último analizaremos la perspectiva complementaria a la anterior, es decir cómo se distribuyen las prestaciones dentro de cada nivel de renta (gráfico 5.21):

1. Para el nivel de renta más bajo el grueso del gasto corresponde a la PECEF y al SAD.
2. Los que se encuentran entre el 0,2 y 1 IPREM presentan un gasto distribuido entre distintas prestaciones, aunque el SAD es predominante.
3. En los niveles de renta media se observa un mayor peso de las atenciones residenciales.
4. En el tramo medio alto el grueso del gasto se destina a las PECEF y a los dos tipos de servicios residenciales.
5. Por último, en las rentas que se sitúan por encima de 3 veces el IPREM son predominante las PECEF, las PEVS, el SAD y la UED.

Gráfico 5.21. Distribución del gasto en los tramos de renta por prestaciones principales. Andalucía 2014.



Nota: Se ha excluido el Servicio Andaluz de Teleasistencia (SAT)

Fuente: Elaboración a partir de <http://www.iprem.com.es/2014.html>

5.3.5. Una perspectiva territorial de la dependencia en Andalucía

El objetivo del presente apartado es analizar el envejecimiento, la dependencia y la atención a la dependencia desde un punto de vista territorial, a través de un conjunto de indicadores elaborados para la realización de este análisis, cuyo fin es identificar si existe alguna relación entre el territorio y la dependencia.

Aunque el municipio es la unidad de menor dimensión de la que se disponen datos, para este análisis se ha utilizado la división con la que trabajan los servicios sociales Comunitarios de Andalucía y que se denominan Zonas de Trabajo social (en adelante ZTS). Por ello, este análisis se ha realizado sobre esta demarcación territorial que divide Andalucía en 181 zonas, tal y como lo define el Plan Concertado de 2011 de la Consejería de Salud y Bienestar Social. No obstante, dado que no se dispone de datos inframunicipales, en aquellos casos, como las capitales de provincia, en los que existe más de una ZTS, la unidad de referencia es el municipio.

Los indicadores a analizar son:

- Tasa de Envejecimiento
- Porcentaje de dependientes en Andalucía sobre mayores de 65 años
- Indicador de especialización por usuarios de la Prestación Económica para los cuidados del Entorno Familiar (PECEF)
- Indicador de especialización por gasto total en de la Prestación Económica para los cuidados del Entorno Familiar (PECEF)

A continuación se presentan las conclusiones más relevantes del análisis de estos indicadores.

Tasa de envejecimiento en Andalucía

El índice de envejecimiento es el indicador más utilizado para analizar el proceso de envejecimiento de un territorio y se define como el porcentaje que representan los mayores de 65 años sobre la población total.

Andalucía, al igual que el resto de territorios más desarrollados, está sumida en un proceso de envejecimiento debido al descenso de la natalidad y al aumento de la esperanza de vida motivado por los avances sanitarios principalmente; lo que ha motivado un crecimiento del volumen de personas mayores en relación al conjunto de población. Así en 2014 esta tasa se eleva para el conjunto de Andalucía a 15,92%, lo que quiere decir que 16 persona de cada 100 tienen más de 65 años.

El Mapa 5.1., sobre la base de la tasa de envejecimiento (% de mayores de 65 sobre el total), muestra la distribución de la población envejecida. A priori, se observa cómo el litoral tiene la proporción de mayores de 65 años más baja que la media de la comunidad andaluza, por lo que esta zona tienen una estructura de edad más joven que el resto, cuestión explicable puesto que el litoral es una zona de atracción y concentración de la población, aunque si bien es cierto, existen dos excepción una en la demarcación de Fuengirola y otra en Nerja, que tienen un porcentaje más elevado, del 20% y que está relacionado con el turismo residencial, siendo estos dos puntos claros ejemplos de la atracción de la Costa del Sol para las personas mayores de Europa.

Las áreas donde el porcentaje de población de más de 65 años es alta (más del 21%) se corresponde, grosso modo, con las zonas serranas y rurales de baja densidad, que son las que presentan normalmente mayores problemas de accesibilidad y conectividad. En concreto se han registrado 26 zonas que se distribuyen, fundamentalmente, en Sierra Morena, Sierra Penibéticas y Sierras Subbéticas (Alto Andarax, , Filabres - Alhamilla, Río Nacimiento, Saliente, Los Vélez, Cádiz-Extramuros, Doña Mencía, Hinojosa del Duque, Peñarroya-Pueblonuevo, Pozoblanco, Villaviciosa, Castro del Río, Alpujarra, Norte, Pedro Martínez-La Calahorra-Río Fardes, Andévalo, Sierra Oeste, Alcaudete, Huelma, La Puerta de Segura, Alcalá la Real, Norte - Los Montes, Axarquía - Costa Oriental, Serranía, El Ronquillo y Pruna)

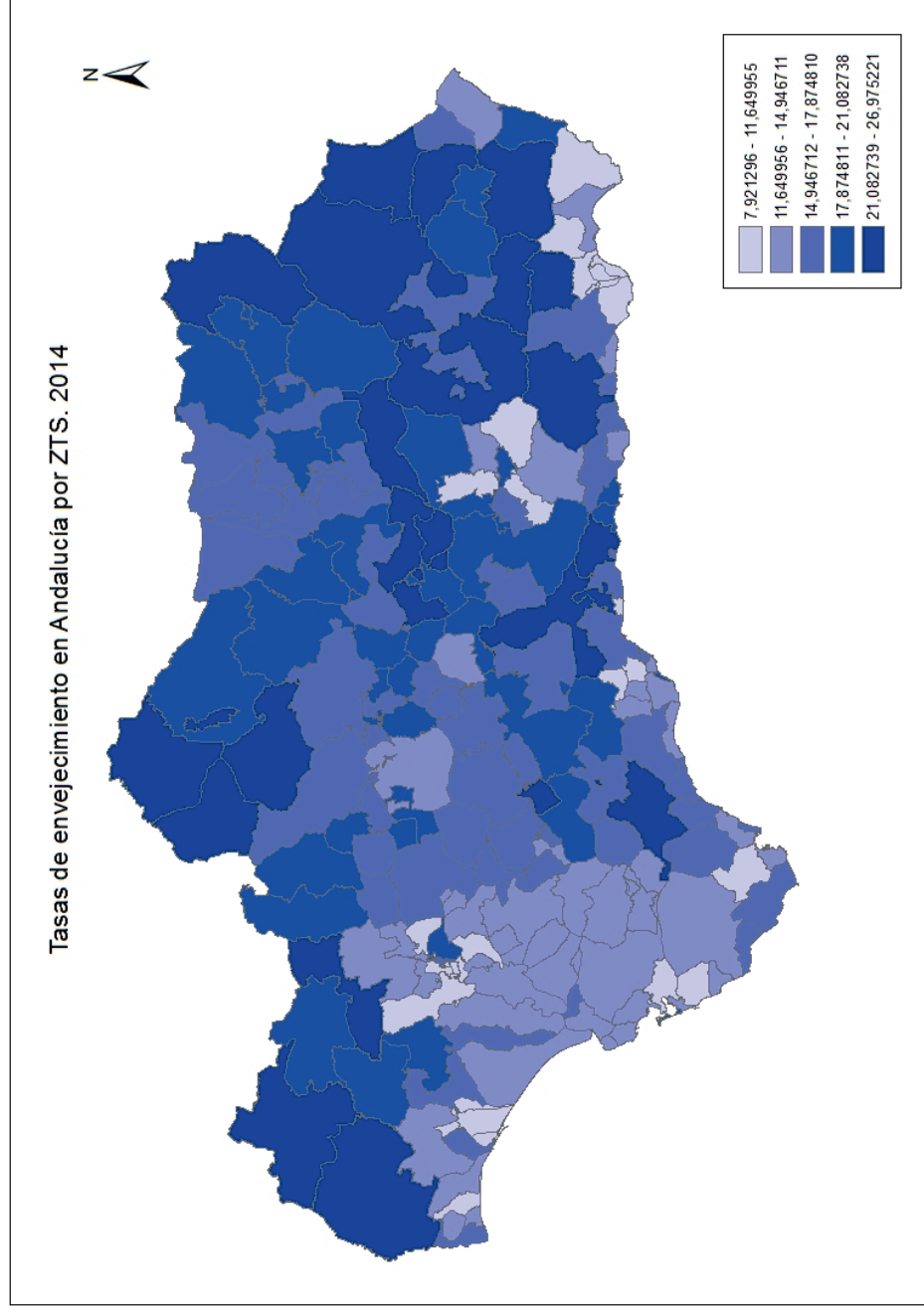
Las zonas con porcentajes de población mayor de 65 años que se catalogan como de transición (entre 17% y 21%) se distribuyen entre las zonas de sierra y las zonas más jóvenes. Por tanto, suponen una transición no solo demográfica, sino también

geográfica. Se localiza entre las zonas de montaña y rurales de baja densidad y las zonas costeras, en este caso existen 46 zonas.

Con respecto a las zonas que se denominan jóvenes (entre 11 y 14%) o muy jóvenes (menores de 11%) se concentra en las zonas cercanas a las capitales de provincia y su área de influencia, a lo largo del litoral y en bajo Guadalquivir, en concreto la zona más cercana a la fachada atlántica.

En suma, las zonas que presentan mayor porcentaje de población mayor tienen un reducido peso demográfico, siendo zonas despobladas. El resto de zonas tiene una menor significación en cuanto al peso demográfico, ya que las zonas envejecidas suelen tener un número de personas ancianas reducido, mientras que las áreas más pobladas con menor proporción, el número es elevado.

Mapa 5.1 Tasas de Envejecimiento en Andalucía por ZTS



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Indicador de dependientes en Andalucía sobre mayores de 65 años

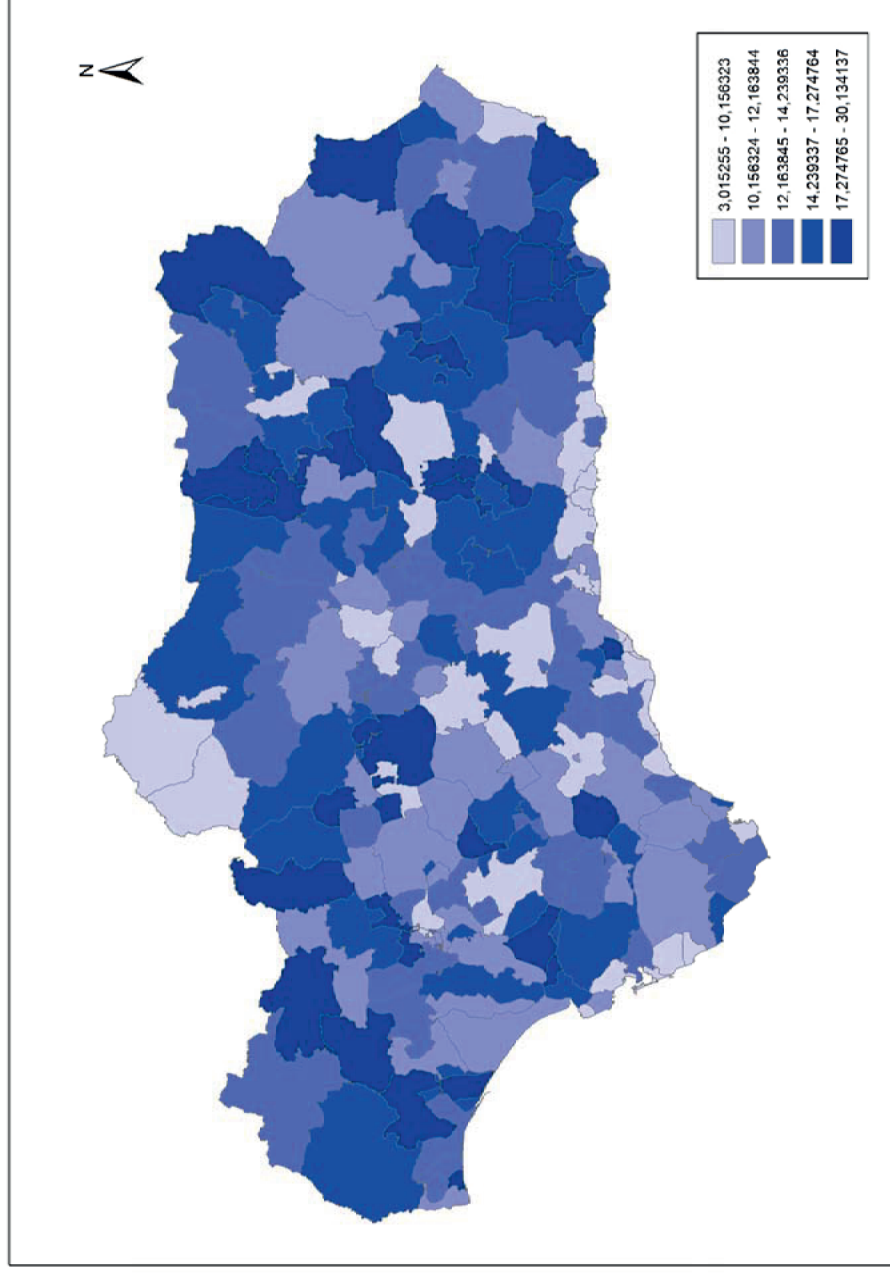
Este indicador pretende medir el porcentaje de personas declaradas dependientes sobre el total de personas potencialmente dependientes, es decir, los mayores de 65 años en Andalucía y como se distribuye en la comunidad.

El promedio andaluz es del 11,99%, lo que indica que 12 de cada 100 mayores de 65 años se ha declarado como dependiente en Andalucía. Si se observa el Mapa 5.2, se percibe que ya no se encuentran los tonos más intensos en las zonas de montaña y menos pobladas, es más algunas de estas zonas, tienen los tonos más claros, es decir, no existe una clara coincidencia entre las ZTS que tienen un alto porcentaje de personas mayores y las que registran una elevada proporción de personas dependientes declaradas.

Así, por ejemplo en Levante Sur, Cádiz-Extramuros, Hinojosa del Duque, Peñarroya-Pueblonuevo, Castro del Río, Montilla, Centro, Montes Orientales, Almuñécar, Alcalá la Real, Axarquía - Costa Oriental, Fuengirola, Nerja, Sevilla-Nervión y Fuentes de Andalucía, tienen una tasa de envejecimiento alta (más del 17%) y una proporción de dependientes sobre mayores de 65 años baja (menos del 10,1%).

Al comparar los que tienen una elevada proporción de dependientes con la tasa de envejecimiento, se identifican 38 zonas de las cuales 17 tienen una tasa de envejecimiento baja o muy baja, como por ejemplo Bajo Andarax, Vicar, Nijar o las Gabías, por debajo del 10%. Por lo que se comprueba que existen zonas con una baja tasa de envejecimiento pero sin embargo una elevada proporción de personas dependientes.

Mapa 5.2. Indicador de dependientes en Andalucía sobre mayores de 65 años por ZTS



FUENTE: Elaboración propia. Datos proporcionados por Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía

Indicador de especialización de las ZTS por usuarios PECEF Andalucía. 2014

Un análisis más preciso sobre la dependencia se obtiene al analizar del conjunto de dependientes de Andalucía la proporción de los que son usuarios de la Prestación Económica para Cuidados del Entorno Familia, los denominados PECEF.

Este indicador lo que trata de identificar es las zonas que tienen una proporción mayor de usuarios con este tipo de prestación que la media andaluza, por lo que el peso de estos usuarios se ha dividido por el promedio andaluz, así aquellas zonas que están por encima de uno es que cuentan con más usuarios que la media de Andalucía y menos que uno es que están por debajo.

De este modo al analizar el Mapa 5.3., se ve claramente como hay una elevada concentración de usuarios en algunas zonas de Andalucía que tienen 1,5 veces más usuarios que el promedio andaluz. En concreto, existe una elevada proporción de usuarios en el litoral gaditano, de la Costa del Sol y litoral Almeriense, por otro lado en el interior destaca lo que conforma las Sierras Subéticas y Penibéticas Occidentales, Bajo Guadalquivir y Sierra Morena Occidental, así como parte del Surco Intrabético Occidental y parte del Alto Guadalquivir y la zona colindante del Sierra Morena Oriental. En definitiva, se concentra una proporción mayor de usuarios en las provincias de Málaga, Cádiz, Sevilla, norte de Jaén (Sierra de Andújar) y norte de Huelva (Sierra de Aracena y Picos de Aroche).

Por el contrario, hay zonas que están muy por debajo del promedio andaluz en relación al peso de usuarios con este tipo de prestación: en la sierra Norte de Córdoba (las ZTS de Pozoblanco, Peñarroya-Pueblonuevo), Sur de Córdoba (Priego de Córdoba, Cabra y Baena) y el surco Intrabético que se extiende entre las provincias de Almería y Granada (Alhama-Huétor Tájar-Montefrío, Alpujarra, Montes Orientales, Norte, Sierra Nevada, Las Gubias-Vega-Temple, Maracena, Guadix, Baza, Alto Andarax, Alto Almanzora, Mármol, Río Nacimiento y Vicar) , así como la zona más occidental de

Huelva (Andévalo, Cinturón agroindustrial, Condado Norte, Cuenca Minera y Ayamonte).

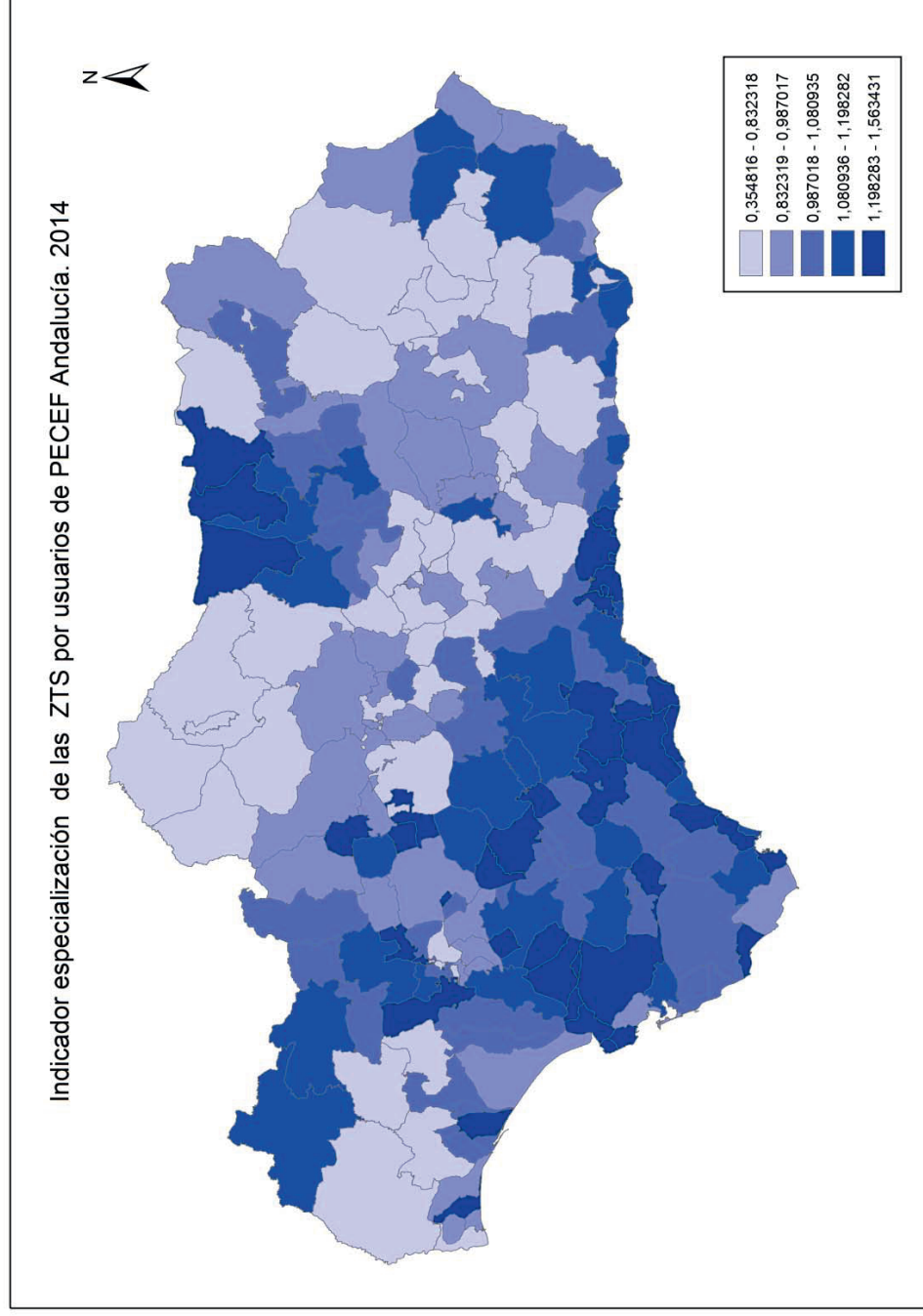
Indicador de especialización de las ZTS por gasto PECEF Andalucía. 2014

Respecto a la especialización por gasto en PECEF, lo que trata de medir este indicador es que áreas de Andalucía perciben más porcentaje de gasto en PECEF que el promedio andaluz, así se ha construido el indicador como la relación entre la proporción del gasto en este tipo de prestación respecto al total de prestación recibido dividido por el promedio de este porcentaje de Andalucía, así un valor inferior a uno significa que el gasto en esta tipología de prestación en una zona es menor que el conjunto de Andalucía y por encima de uno es mayor la proporción de esta tipología de gasto.

En esta sentido, se comprueba, al observar el Mapa 5.4, que representa la especialización en relación al gasto, que es muy similar a la distribución de los usuarios. Así, destaca la elevada concentración en las provincias de Málaga, Cádiz y Sevilla, Norte de Jaén y Norte de Huelva.

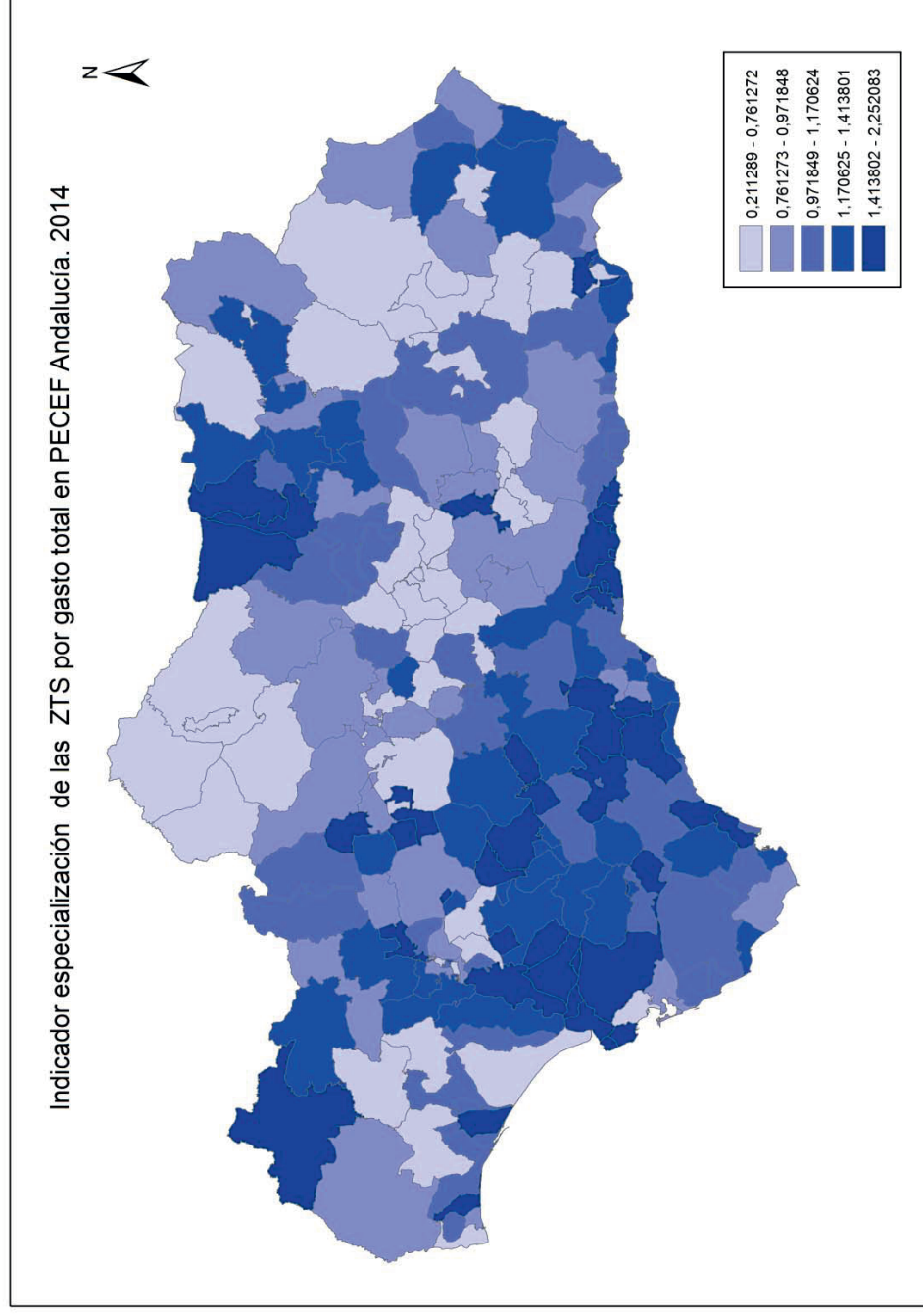
Si bien cabe destacar que algunas ZTS el gasto en este tipo de prestación es más alto que la proporción de usuarios y viceversa. Este es el caso de Priego de Córdoba, Baena, Maracena y Guadix que tienen una proporción baja de usuarios, pero al valorar el gasto este pasa a muy bajo. Otro ejemplo son las ZTS Poniente, Pinos Puente-Moclín, Almuñécar, Mengíbar y La Puebla del Río que tienen en el indicador de usuarios un nivel alto y al tener en cuenta el gasto pasan a muy alto.

Mapa 5.3 Indicador de especialización de las ZTS por usuarios PECEF Andalucía



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Mapa 5.4 Indicador de especialización de las ZTS por gasto total en PECEF Andalucía



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía

5.4. El gasto en atención a la dependencia en Andalucía: estimación del gasto total y por tipo de prestación en 2014

Uno de los elementos fundamentales que caracterizan el sistema de atención a la dependencia es el gasto. No solo aporta información sobre el esfuerzo que se está realizando, y quién lo está realizando, sino también el gasto asociado a las distintas prestaciones, su relación con los beneficiarios y sus rasgos. De hecho, permite profundizar en algunas de las conclusiones obtenidas al analizar la evolución del modelo en base a sus parámetros básicos pero además, constituye la base de la estimación del impacto de la atención a la dependencia, pues a partir de él, se podrá calcular su efecto, en términos de demanda, sobre el aparato productivo.

5.4.1. Las estimaciones del gasto en atención a la dependencia en Andalucía

Al igual que para el caso de España, no existen muchas estimaciones sobre el gasto de atención a la dependencia en Andalucía, por la ausencia de datos sobre la aportación de las personas usuarias. Tampoco el SISAAD ha generado una estadística de gasto público que de forma regular aporte datos sobre el mismo. Este sistema solamente consigna datos sobre la aportación de la AGE, y con mucho retraso. A día de hoy no ha sido publicada la evaluación correspondiente al ejercicio 2014 y en el avance no figuran datos de gasto. El resultado en términos de datos es aún más pobre a nivel nacional, porque a pesar de que las comunidades autónomas vienen certificando su gasto, éste no se publica. Además, así como a nivel nacional existen estimaciones del gasto total y de la aportación de los usuarios, en el caso de Andalucía estos datos son particularmente escasos, en línea con lo que sucede para el resto de CC.AA. Esta situación no deja de ser sorprendente teniendo en cuenta que son éstas las que soportan el grueso de la gestión y la mayoría de la financiación. A continuación se reseñan las principales estimaciones, cuyos resultados se recogen el Cuadro 5.5.

Cuadro 5.5. Estimaciones y cálculos sobre el gasto en dependencia en Andalucía

	Año	Gasto Público			Aportación de los usuarios	Total Gasto
		AGE	JA	Total Gasto Público		
Tribunal de Cuentas (1)	2.012	345,9	786,9	1.132,8	145,7	1.278,5
Camara de Cuentas (2)	2.012	345,9	849,1	1.195,0	145,7	1.340,7
Del Pozo y Escribano (3)	2.011	-	-	-	-	1.519,2
Correa, Montero y Jimenez (4)	2.011	427,3	794,5	1.221,8	202,2	1.424,2
Barriga et alia (5)	2.013	292,0	792,4	1.084,4	234,8	1.319,2
Barriga et alia (6)	2.014	252,2	759,0	1.011,2	224,8	1.236,0

(1) Tribunal de Cuentas (2014)

(2) Cámara de Cuentas de Andalucía (2013)

(3) Del Pozo y Escribano (2013)

(4) Correa, Montero Jiménez (2014)

(5) Barriga, L., Brezmes, M., García, G. y Ramírez, J (2014)

(6) Barriga, L., Brezmes, M., García, G. y Ramírez, J (2015)

Fuente: Elaboración Propia

Tal y como se señaló en el Capítulo 4, el informe realizado por el Tribunal de Cuentas (2014) sobre las medidas de gestión de las CC.AA. sobre atención a la dependencia ofrece información relevante suministrada por ellas. En el caso de Andalucía, contiene información del gasto de las dos administraciones y una estimación de la aportación de las personas usuarias. Asimismo como hemos visto en el epígrafe anterior (Cuadro 5.1), el Informe de fiscalización de la Cámara de Cuentas de Andalucía (2013), sobre el programa presupuestario que soporta los gastos en dependencia, contiene la serie del gasto 2007-2012, con datos de gasto público de las dos administraciones. Para el año 2012 contiene datos de la aportación de las personas usuarias provenientes del informe del Tribunal de Cuentas. Comparando ambas fuentes, sorprende la diferencia del gasto consignado por cada una de las fuentes para la administración andaluza, un 8% de diferencia, entre otras cosas porque provienen de la misma fuente, la contabilidad oficial de la Junta de Andalucía. Parece ser más fiable el dato de la Cámara de Cuentas que sí explicita la fuente. El peso de la aportación de los usuarios como consecuencia de esta diferencia en la aportación autonómica oscila entre un 10,9 y un 13,4%.

El Trabajo de Del Pozo y Escribano (2013) estima el gasto total, incluida la aportación del usuario, aunque no diferencia por agentes dado que su método de estimación se basa en el cálculo del coste de la prestación obtenido de distintas fuentes. Su estimación es la que, en principio, se aleja más de la realidad pues se sitúa en 1.519,2 millones de euros, a gran distancia de los datos ofrecidos tanto por el Tribunal de Cuentas como por la Cámara de Cuentas de Cuentas de Andalucía para ese año.

La estimación de Correa, Montero y Jiménez (2014), también para 2011, se basa en la estimación del coste de prestación del servicio y de la intensidad de éste. A partir de estos costes y tomando como referencia la distribución de la renta que proporciona la Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Situaciones de Dependencia (EDAD2008) (INE,2009) y la normativa sobre aportación de los usuarios, calculan la aportación de las personas usuarias. Con esta metodología calculan que el gasto en Andalucía en 2011 fue de 1.424,2 millones de euros de los cuales un 14,2% es la aportación de los usuarios por reducción o pago.

Por último, las estimaciones que realizan Barriga et alia (2014 y 2015) en el marco de los dictámenes que elabora el *Observatorio de la Dependencia de la Asociación Nacional de Directores y Gerentes de Servicios Sociales*, a partir de un módulo de costes desarrollado por la Asociación, sitúan el coste de la atención a la dependencia en 1.319,2 millones de euros en 2013 y en 1.236 en 2014. La cifra para este último año se aproxima, como veremos, a la estimación realizada en este trabajo. La aportación de los usuarios se sitúa en un 17,8% y un 18,2% para 2013 y 2014 ratio, éste último, que supera nuestras estimaciones.

5.4.2. La estimación del gasto en atención a la dependencia en Andalucía para 2014: Fuentes de información e hipótesis

Una vez repasados los distintos cálculos realizados sobre el gasto en atención a la dependencia, para avanzar en el proceso de estimación realizado en la presente tesis

doctoral se presentan a continuación las fuentes de información y las hipótesis realizadas al efecto.

Para el cálculo se ha contado con dos fuentes de información directa lo que otorga una gran precisión en relación con los trabajos realizados anteriormente por otros autores:

- La certificación de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia sobre la actividad realizada durante el ejercicio 2014 y la aportación de la Administración General del Estado destinada a la financiación del coste del sistema conforme al Acuerdo de 10 de Julio de 1012 del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Esta certificación recoge información sobre el gasto público total efectivamente realizado por la Junta de Andalucía en materia de Dependencia. Asimismo, se recoge la aportación realizada por la Administración General de la AGE en concepto de Nivel Mínimo Garantizado (NMG). De esta forma es posible determinar cuál ha sido la financiación aportada por cada administración.³⁸ El detalle que se ofrece, responde a la estructura presupuestaria. Con esta estructura es posible saber con exactitud el gasto para cada una de las prestaciones económicas, dado que el desglose por aplicaciones lo refleja. En cuanto a los servicios, el desglose permite identificar diferenciadamente aquello que se destina al Servicio de Ayuda a domicilio y al resto de servicios, así como los gastos de personal asociados a la gestión de dichos servicios. Por otra parte, se reseña de forma separada el coste de los dependientes atendidos en plazas propias, gestionadas directamente por la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Con esta fuente, por lo tanto, es posible saber el Coste Público Total y de algunos servicios.

³⁸ A raíz del informe de fiscalización nº 1035 del Tribunal de Cuentas (2014) sobre *las medidas de gestión y control adoptadas por las CC.AA. para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, en el que se toma en consideración una parte de la Financiación Autonómica que se reparte utilizando variables asociadas a la dependencia, se ha generado una polémica sobre su consideración como financiación aportada por la AGE a las CC.AA para los gastos. Esta cuestión será tratada en el siguiente capítulo al analizar el esfuerzo financiero neto que realiza cada administración para el funcionamiento del sistema de atención*

- La BDUD 2014, ya citada en el epígrafe anterior, que recoge datos sobre coste y aportación de las personas usuarias para cada prestación, principal y complementarias. Tal y como hemos comentado esta base registra los dependientes atendidos por el sistema a 31 de Diciembre de 2014, 160.121 personas beneficiarias y de 216.970 servicios³⁹.

A continuación se recoge para cada uno de los servicios y prestaciones el método de cálculo y las hipótesis formuladas.

1. Servicio de Teleasistencia: (SAT)

- **Coste total:** suma del gasto público y la aportación del usuario.
- **Gasto público:** calculo a partir del peso del servicio en el total de gasto en servicios, corregido por la evolución anual de los datos del SISAAD y aplicado al total de gastos certificados.
- **Aportación del usuario:** promedio de la aportación de las personas usuarias aplicado al gasto público.

2. Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF).

- **Coste total:** suma del gasto público y la aportación del usuario.
- **Gasto público:** gasto certificado
- **Aportación del usuario:** Entendiendo que este tipo de prestación está financiando un servicio de cuidados, aunque sea de tipo informal por un familiar, como aportación del usuario⁴⁰, se ha considerado la diferencia entre la cuantía máxima en función del grado y la realmente percibida en función de su situación económica - lo que el perceptor pagaría si se tratase de un servicio reglado-. A partir de este supuesto, se ha calculado la cuantía

³⁹ Las diferencias con los datos ofrecidos por el SISAAD a 31 de diciembre sobre el número de beneficiarios y prestaciones, se pueden deber a que la base de datos recoge el proceso de depuración que se realiza con posterioridad a la fecha de cierre de la información de cada mes con las bajas causadas y que lógicamente tardan un tiempo en incorporarse a los distintos sistema de gestión

⁴⁰ Al igual que en otros trabajos (Prada y Borge, 2014; Correa, Montero y Jiménez, 2014; Montserrat, 2014),

aplicando el promedio de aportación de la persona usuaria de los datos BDUD 2014 al gasto público certificado.

3. Prestación Económica para Asistente Personal (PEAP).

- **Coste total:** suma del gasto público y la aportación del usuario.
- **Gasto público:** gasto certificado
- **Aportación del usuario:** similar planteamiento que para la PECEF.

4. Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS)

- **Coste total:** Ante la ausencia de datos sobre los servicios contratados realmente⁴¹, se ha supuesto que todas las personas beneficiarias adquieren servicios de atención residencial, lo que de alguna forma puede sobrevalorar la estimación. Para el coste, se ha utilizado la tarifa de la ASSDA en conciertos de plazas residenciales, siendo conscientes de que en este caso se está infravalorando el coste real que pueden pagar los dependientes en el mercado.
- **Gasto público:** gasto certificado
- **Aportación del usuario:** diferencia entre el coste total y lo percibido como prestación. El porcentaje calculado a partir del promedio de aportación de las personas usuarias reales se ha aplicado al gasto público.

5. Servicio de Atención Residencial de Mayores (SARM):

- **Coste total:** suma del gasto público y la aportación del usuario.
- **Gasto público:** Consta de dos partidas, el gasto en residencias propias y el concierto de plazas a entidades privadas. La primera se obtiene del gasto certificado, deducidos los ingresos por aportación de los usuarios. El gasto en plazas concertadas se ha calculado a partir del peso de este servicio en

⁴¹ En el caso de España Prada y Borge (2014), sobre la base de un informe del SISAAD estiman que el 77,84% es para atención residencial, 11,84% para el SAD, un 9,82% para Estancia diurnas y un 0,5% para otros servicios. Estos datos no están disponibles para Andalucía por eso se ha optado por la hipótesis más simple que menos distorsiona los datos de la BDUD.

el total de gastos en servicios, obtenido de los datos reales de la base de datos corregido por la evolución anual de los datos del SISAAD y aplicado al total de gastos certificados.

- **Aportación del usuario:** En el caso de las residencias propias se ha calculado sobre los ingresos que constan el presupuesto de la Junta de Andalucía por este tipo de servicios. Para las plazas concertadas se ha calculado a partir del promedio de aportación del usuario de los datos reales de dependientes de la Base de Datos de Usuarios de Dependencia (BDUD 2014), aplicado al gasto público.
6. Servicio de Atención Residencial de Discapacitados (SARD).
- **Coste total:** suma del gasto público y la aportación del usuario.
 - **Gasto público:** Igual que el SARM
 - **Aportación del usuario:** Igual que el SARM
7. Unidades de Estancia Diurna y Nocturna, y Plazas de Respiro (UED).
- **Coste total:** la suma del gasto público y la aportación del usuario.
 - **Gasto público:** Igual que el SARM
 - **Aportación del usuario:** Se ha calculado partir del promedio de aportación del usuario conforme a los datos reales de dependientes de la Base de Datos de Usuarios de Dependencia (BDUD 2014), aplicado al gasto público.

5.4.3. La estimación del gasto en atención a la dependencia en Andalucía para 2014

En base a la información descrita y de las hipótesis formuladas, el gasto total para la atención a la dependencia en Andalucía en 2014 asciende a 1.314 millones de euros, de los que 1.116,4 millones son públicos, el 85%, y 197,6 millones privados, el 15% del total (cuadro 5.6). Por tipo de servicio/prestaciones PECEF, SAD y SARM son los que mayor gasto concentra, casi 1.000 millones de euros. En cuanto al peso de la aportación de los usuarios en las distintas prestaciones, oscila entre el 67% de la PEVS,

dado que hemos supuesto que coste total era el del servicio y no la prestación, y el 1,4% del SAD. Valores relevantes presentan también los SARM, 28,1%, y SARD, 21,8%.

Cuadro 5.6. Gasto en atención a la dependencia por tipo de prestación o servicio y distribución entre agentes financiadores en Andalucía 2014.

SIGLAS	SERVICIOS O PRESTACIONES	GASTO PUBLICO(*)		APORTACION USUARIOS		GASTO TOTAL
		Mill eur	% Total	Mill eur	% Total	
SAT	Teleasistencia	11,1	96,4	0,4	3,6	11,5
SAD	Ayuda a domicilio	286,5	98,6	4,2	1,4	290,7
UED	Centros día/noche	89,5	78,7	24,2	21,3	113,6
SARM	Atención Residencial Mayores	227,5	71,9	89,1	28,1	316,6
SA D	Atención Residencial Discap.	102,9	78,2	28,7	21,8	131,6
PEVS	P.E. Vinculada la Servicio	14,5	32,5	30,0	67,5	44,5
PECEF	P.E. Cuidados familiares	352,5	94,4	21,1	5,6	373,5
PEAP	P.E. Asistente Personal	0,1	81,1	0,0	18,9	0,1
TOTAL		1.084,5	84,6	197,6	15,4	1.282,1
Personal de gestión		31,9	-	-	-	31,9
TOTAL GASTO (*)		1.116,4	85,0	197,6	15,0	1.314,0

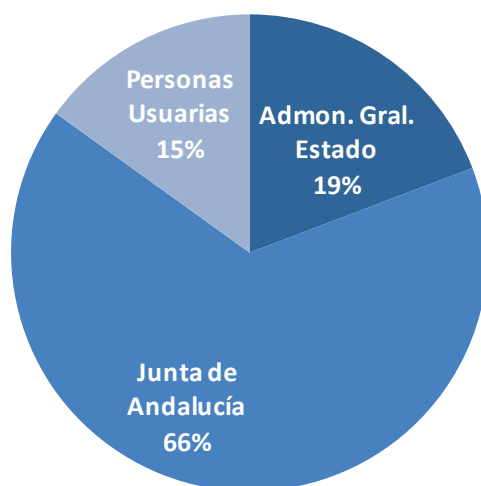
(*) La diferencia en el total gasto de la Junta de Andalucía del Cuadro 5.1, se debe a que en este cuadro se considera el gasto neto en atención residencial de mayores en centros propios, puesto que al gasto se le ha descontado la recaudación en concepto de aportación del usuario

Fuente: Elaboración propia a partir de información de la ASSDA.

En comparación con la estimación de Barriga et alia (2015) sobre la distribución entre gasto privado y público en España (gráfico 4.10), en Andalucía es menor el gasto privado, lo cual es lógico dado que la renta media andaluza es inferior a la nacional.

Teniendo en cuenta estos datos y el reparto de gasto público entre administraciones (cuadro 5.1.) se obtiene la distribución del gasto por agentes financiadores (gráfico 5.22.) Como se puede observar la Junta de Andalucía asume el 66% el total, la Administración General de Estado el 19%, y el restante 15%, como hemos señalado las personas usuarias. En comparación con los datos a nivel nacional recogidos en el gráfico 4.9, la administración autonómica andaluza realiza un esfuerzo financiero mayor que la media de las CC.AA. para compensar los más de cuatro puntos de diferencia que existen en la aportación de los usuarios. La AGE también aporta por encima da la media.

Gráfico 5.22. Distribución del gasto en atención a la dependencia en Andalucía por agente financiador. 2014



Fuente: Elaboración propia

Cuadro 5.7. Gasto en atención a la dependencia por tipo de prestación o servicio total y medio 2014.

SIGLAS	SERVICIOS O PRESTACIONES	GASTO PÚBLICO		APORTACIÓN USUARIOS		GASTO TOTAL		% Prestaciones (**)	% Prestaciones % Gasto	Gasto Público medio por prestación (euros)	Gasto medio por prestación (euros)
		Mill euros	% Total	Mill euros	% Total	Mill euros	% Total				
SAT	Teleasistencia	11,1	1,0	0,4	0,2	11,5	0,9	24,5	27,4	200,9	208,5
SAD	Ayuda a domicilio	286,5	26,4	4,2	2,1	290,7	22,7	19,8	0,9	6.458,7	6.553,7
UED	Centros día/noche	89,5	8,2	24,2	12,2	113,6	8,9	5,5	0,6	7.216,9	9.165,5
SARM	Atención Residencial Mayores	227,5	21,0	89,1	45,1	316,6	24,7	6,9	0,3	14.674,6	20.419,9
SA D	Atención Residencial Discap.	102,9	9,5	28,7	14,5	131,6	10,3	2,2	0,2	21.192,8	27.093,8
PEVS	P.E. Vinculada al Servicio	14,5	1,3	30,0	15,2	44,5	3,5	1,3	0,4	5.079,7	15.610,7
PECEF	P.E. Cuidados familiares	352,5	32,5	21,1	10,7	373,5	29,1	39,8	1,4	3.946,9	4.182,8
PEAP	P.E. Asistente Personal	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,7	6.493,9	8.008,3
	TOTAL	1.084,5	100,0	197,6	100,0	1.282,1	100,0	100,0	1,0	4.834,0	5.714,8
	Personal de gestión	31,9	-	-	-	31,9	-	-	-	-	-
	TOTAL GASTO (*)	1.116,4	-	197,6	-	1.314,0	-	-	-	4.976,3	5.857,1

(*) La diferencia en el total gasto de la Junta de Andalucía del Cuadro 5.1. se debe a que en este cuadro se considera el gasto neto en atención residencial de mayores en centros propios, puesto que al gasto se le ha decontado la recaudación en concepto de aportación del usuario

(**) Sobre los beneficiarios medios a lo largo del año.

Fuente: Elaboración propia a partir de información de la ASSDA.

Para presentar la participación de cada tipo de servicio o prestación se han construido los cuadros 5.7, con el total de prestaciones y el cuadro 5.8 donde se ha excluido el servicio de teleasistencia por su carácter complementario, y porque distorsiona notablemente el análisis. Esta prestación supone casi un 25% de las prestaciones y no alcanza el 1% el gasto total, sesgando a la baja el coste medio por prestación, lo que da una imagen poco fiel del esfuerzo realizado para atender a una persona dependiente (cuadro 5.7).

Cuadro 5.8. Gasto en atención a la dependencia por tipo de prestación o servicio excluida la teleasistencia 2014.

SIGLAS	SERVICIOS O PRESTACIONES	GASTO PÚBLICO		APORTACIÓN USUARIOS		GASTO TOTAL		% Prestaciones (**)	% Prestaciones % Gasto	Gasto Público medio por prestación (euros)	Gasto medio por prestación (euros)
		Mill euros	% Total	Mill euros	% Total	Mill euros	% Total				
SAD	Ayuda a domicilio	286,5	26,7	4,2	2,1	290,7	22,9	26,2	1,1	6.458,7	6.553,7
UED	Centros día/noche	89,5	8,3	24,2	12,2	113,6	8,9	7,3	0,8	7.216,9	9.165,5
SARM	Atención Residencial Mayores	227,5	21,2	89,1	45,2	316,6	24,9	9,2	0,4	14.674,6	20.419,9
SA D	Atención Residencial Discap.	102,9	9,6	28,7	14,5	131,6	10,4	2,9	0,3	21.192,8	27.093,8
PEVS	P.E. Vinculada al Servicio	14,5	1,3	30,0	15,2	44,5	3,5	1,7	0,5	5.079,7	15.610,7
PECEF	P.E. Cuidados familiares	352,5	32,8	21,1	10,7	373,5	29,4	52,8	1,8	3.946,9	4.182,8
PEAP	P.E. Asistente Personal	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,9	6.493,9	8.008,3
	TOTAL	1.073,4	100,0	197,2	100,0	1.270,6	100,0	100,0	1,0	6.341,1	7.506,0
	PERSONAL	31,9	-	-	-	31,9	-	-	-	-	-
	TOTAL GASTO(*)	1.105,4	-	197,2	-	1.302,6	-	-	-	6.529,7	7.694,6

(*) La diferencia en el total gasto de la Junta de Andalucía del Cuadro 5.1. se debe a que en este cuadro se considera el gasto neto en atención residencial de mayores en centros propios, puesto que al gasto se le ha decontado la recaudación en concepto de aportación del usuario

(**) Sobre los beneficiarios medios a lo largo del año.

Fuente: Elaboración propia a partir de información de la ASSDA.

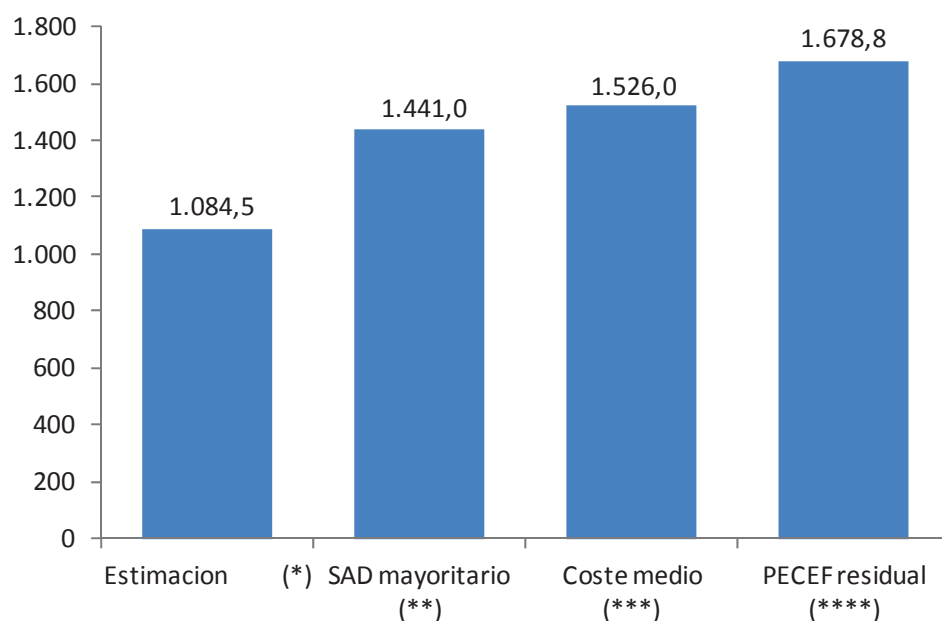
Su exclusión hace que la distribución y el coste medio se incrementen sustancialmente, ofreciendo una imagen más ajustada⁴² a la realidad. Aunque el peso de los distintos servicios en el total no se ve modificado sustancialmente, de forma que el grueso del gasto lo generan los servicios, más del 70% del total y más del 65% del gasto público, la situación es diferente cuando se relaciona gasto y número de prestaciones. Así, frente a este gasto los beneficiarios de servicios suponen un 38% del total. Más concretamente, el 12,12% que reciben atención residencial generan el 35%

⁴² De hecho si se excluye el servicio de teleasistencia, la BDUD 2014 recoge 160,121 beneficiarios y 169.283 prestaciones lo que facilita el análisis.

del gasto. Por contra las PECEF suponen uno de cada dos prestaciones y representa el 29% del gasto total.

Esta variabilidad de coste es uno de los elementos que condiciona, junto con la asimetría de la financiación pública entre agentes, un mayor desarrollo de los cuidados formales. Sirva un pequeño ejercicio para ejemplificar este hecho (gráfico 5.23).

Gráfico 5.23 Gasto público en atención a la dependencia en Andalucía según distintos escenarios.2014



(*) Estimación realizada

(**) El SAD supone el 60 % de las prestaciones,

(***) Gasto con el coste medio de las prestaciones sin PECEF.

(****) Gasto con el PECEF y las prestaciones en SARM Y SAD.

Fuente: Elaboración propia.

Si la atención a la dependencia se realizara al coste medio por dependiente excluida la PECEF, el gasto público ascendería a más de 1.525 millones euros, es decir un 50% más y la aportación de la Junta de Andalucía tendría que incrementarse, asimismo, en un 50% por ciento para cubrir este aumento de gasto. La financiación que aporta la Administración General del Estado no se vería afectada ya que ésta se realiza por persona dependiente no por tipo de recurso.

Mientras el esfuerzo público, supone en este momento 6.406.4 euros por persona dependiente, en un escenario como el descrito se situaría en 9.014 euros. Si por el contrario, el supuesto fuera que un uso mayoritario del SAD, 60% de la prestaciones, el gasto público ascendería a 1.441 millones de euros, y ascendería a los 1.678 millones de euros, siguiendo el diseño original de la LAPAD, si la PECEF, fuera minoritaria y los servicios se repartieran entre SAD Y SARM, al 60% y 40% respectivamente.

Como sabemos los tres factores que influyen en el aumento del gasto en cuidados a la dependencia son el aumento de la longevidad, una mayor duración en el estado de dependencia y el precio de los servicios de atención (Bolance, Alemany y Guillén, 2013,112). Siendo así no cabe duda que, como señalan distintos organismos internacionales (EC, 2015; Colombo et alia, 2011) el gasto en cuidados de larga duración aumentará sensiblemente y Andalucía no será una excepción.

En relación con el primero de ellos las proyecciones de población del Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (2015) vaticinan un fuerte incremento de la población mayor y, consecuentemente, de las personas en situación de dependencia. Así pues en 2035 los mayores de 65%, que en la actualidad significan el 15% del total de la población, supondrán más del 24% , con un crecimiento del orden del 65%, mientras que los mayores de 80 años supondrán el 7% -el 4,3% en 2013- con un crecimiento del 70%.

En conclusión, el gasto estimado para la atención a la dependencia en Andalucía asciende a 1.314 millones de euros, lo que supone un 0,9 % del PIB, mientras que el gasto público supone un 0,8 %, cifras que muestran que se está realizando un esfuerzo muy importante para dar respuesta a las necesidades de cuidado de las personas dependientes.

En 7 años, de 2008 a 2014, el gasto del sistema se ha más que duplicado en el presupuesto de la Comunidad Autónoma que, excluidas las partidas en las que solo actúa de intermediario financiero, ha disminuido un 16%. Además, no cabe esperar sino que siga creciendo de forma muy importante en los próximos años. Un esfuerzo

que, como veremos en el próximo capítulo, es rentable en términos económicos por el importante volumen de actividad y empleo que genera.

CAPÍTULO 6. APROXIMACIÓN AL IMPACTO DE LA DEPENDENCIA: ACTIVIDAD ECONÓMICA, EMPLEO, RETORNO FISCAL Y REDISTRIBUCIÓN

6.1. Metodología para estimación del impacto: el modelo Input-Output

A la hora de realizar cualquier análisis económico la primera decisión, no exenta de dificultades, es la elección de la metodología a utilizar. Esto es así porque cada método tiene ventajas e inconvenientes que deben ser valorados a la luz de los datos disponibles y el objetivo buscado. En este apartado se presenta la metodología Input-Output como la más adecuada, dentro de las disponibilidades existentes, se describen sus elementos básicos y el tipo de efectos que permite capturar. Asimismo, dado que se ha considerado importante no sólo calcular los efectos directos e indirectos sino también los inducidos, se recoge una descripción de los elementos fundamentales del proceso de endogenización del consumo para construir la matriz inversa de Leontief ampliada. Finalizaremos describiendo el proceso de estimación como paso previo a la obtención de resultados cuyo análisis se realizará en el siguiente epígrafe.

6.1.1. Modelización y estimaciones de impacto: la idoneidad del enfoque Input-Output.

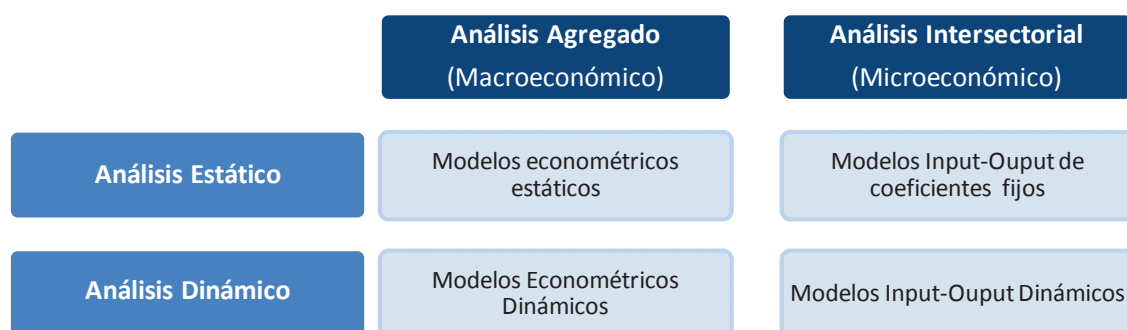
En esta parte del trabajo nos centramos en valorar la contribución de la atención a la dependencia a la actividad y el empleo en Andalucía en 2014 a partir de la metodología Input-Output, sobre la base del Marco Input-Output de Andalucía 2010 (2015) recientemente publicado.

Nos aproximaremos a los efectos sobre la producción, la renta, el PIB y el empleo de Andalucía como consecuencia de la demanda de bienes y servicios provocada por el gasto en atención a las personas dependientes durante ese año.

Se persigue llevar a cabo un ejercicio de estática comparativa entre dos situaciones de equilibrio dónde se evalúe el cambio en la demanda asociada al gasto inducido por la

atención de los Cuidados de Larga duración. En la clasificación que realiza Tarancón (2013, 14), dentro del análisis de estática comparativa, se encuentran los modelos input-output como instrumento de análisis intersectorial de base microeconómica (gráfico 6.1.).

Gráfico.6.1.Enfoques de modelización en economía



Fuente: Tarancón (2003)

El modelo input-output es un sistema de doble entrada que recoge las interrelaciones en la producción de bienes y servicios en una economía a partir de una serie de identidades contables, en las que se indica el destino y la aplicación que se hace de la producción realizada por cada sector. Representa de forma numérica los flujos de actividad económica de un país o región. Refleja, por tanto, la estructura productiva de una nación o región en la medida en la que cuantifica los requerimientos de inputs que un sector demanda del resto de sectores para satisfacer su producción y es destino de ésta, si otros sectores o la demanda de consumo inversión o las exportaciones lo requieren (Miller y Blair, 2009, 10-13).

Puesto que es un esquema de relaciones bilaterales entre todos los sectores de la economía permite un análisis desagregado y global de los efectos de una variación en uno de ellos sobre todos los demás.

El desarrollo analítico y metodológico, desde su formalización inicial por Wasily Leontief en los años 40 del siglo pasado, ha supuesto una valiosa herramienta para el estudio de los sistemas productivos. La literatura ha ido produciendo y aquilatando

conceptos y herramientas como los coeficientes técnicos, la matriz la inversa, o el conjunto de multiplicadores, ratios y coeficientes que permiten medir los efectos multiplicadores, a partir de la interdependencia sectorial, como consecuencia de cambios en la demanda final⁴³.

La principal aportación de este análisis es la capacidad para analizar de forma detallada y, a la vez, global, una realidad. Es decir, supone la aplicación del análisis al concepto de sistema, entendido como un conjunto de elementos individuales y de las relaciones que los unen (Taracón, 2010, 15)

Es una metodología que ha sido utilizada para estimar este tipo de impactos en una multiplicidad de actividades, eventos, sectores o infraestructuras. Así, en España, se ha utilizado para valorar el impacto de infraestructuras de Puertos, Villaverde y Coto (1998),- y aeropuertos, García Montalvo y Pérez García (1996); sectores como el turismo Morillas (2008); colectivos como la juventud, Muñoz Alamillo, Vicente y Muñoz Martínez (2012); eventos deportivos, antes de su celebración, CEET (2005), o con posterioridad, Martí y Puertas (2012); eventos culturales, Devesa (2006), o equipamientos culturales, Garmencia (2012); Universidades individuales como Granada, Luque, Del Barrio y Aguayo, (2009), Navarra, Pastor y Peraita (2010), o sistemas universitarios regionales, Pastor y Pérez (2009); políticas sociales, Zubiri, Martínez y Vallejo (2009): o incluso de la dependencia a nivel nacional Herce et alia (2006), o regional, Díaz (2011).

Como toda metodología presenta inconvenientes. Las principales tienen que ver con los supuestos que incorpora, específicamente la constancia y proporcionalidad de los coeficientes técnicos⁴⁴. En este sentido, si bien se valora positivamente la idoneidad de la metodología se es consciente de las limitaciones que supone estas debilidades,

⁴³ Para una visión amplia del modelo y los distintos instrumentos desarrollados se, puede consultar la obra inicial de 1941 de Leontief (1988), Richardson (1972), o los manuales de Taracón (2010) y Miller y Blair (2009).

⁴⁴ Para una revisión del modelo y sus críticas, especialmente las mencionadas de la constancia de los coeficientes técnicos se puede consultar el capítulo dedicado al input-Output de Dorfman, Samuelson y Solow (1972).

sobre todo la falta de variación de los coeficientes técnicos ante cambios en los precios y cambios tecnológicos.

6.1.2. El modelo Input-Output

Siguiendo a Tarancón (2013), a continuación se presentan las principales matrices y relaciones del modelo que ayude a comprender su lógica y funcionamiento.

El Marco Input-Output y el modelo de Leontief: Matrices de origen y destino y matriz simétrica.

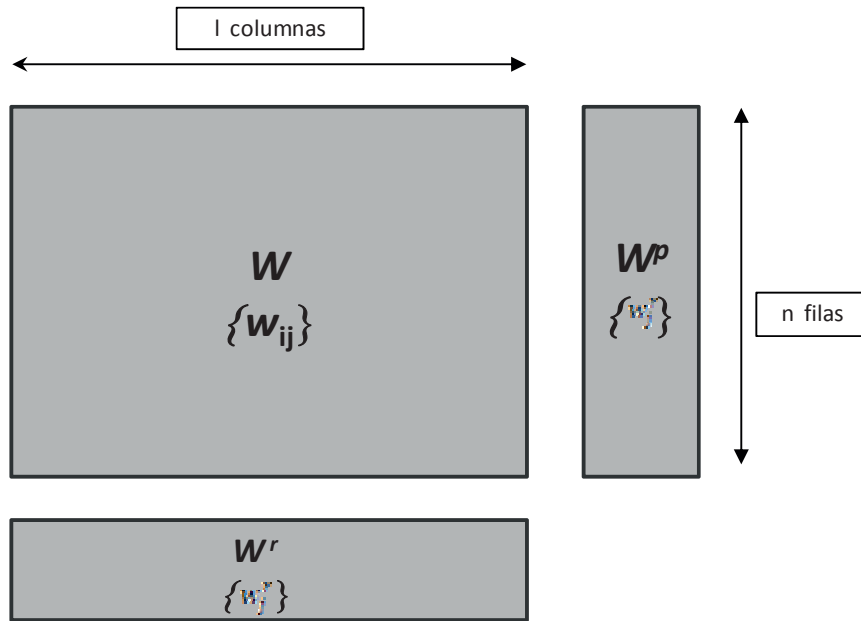
La implantación en la Contabilidad Nacional del SEC-95 ha supuesto un cambio importante, en la medida en que se ha pasado de las tres matrices tradicionales, input intermedios, consumo final e inputs primarios, a un sistema compuesto por varias tablas interrelacionadas. El marco input-output que se elabora ahora consta de:

- Las tablas de origen y destino (TOYD).
- Tablas complementarias: la tabla de relación de las ramas de actividad y los sectores institucionales, las tablas de impuestos y subvenciones sobre los productos y la tabla de márgenes de distribución de los productos.
- La tabla simétrica (TSIM) constituye el núcleo de modelo.

La *Tabla de Origen* recoge la producción total de bienes y servicios del sistema económico (gráfico 6.2) donde:

- W es la matriz ($n \times l$) de producción
- $w >$ es el vector ($n \times 1$) de producciones por productos y
- w es el vector ($l \times 1$) de producciones por ramas de actividad (industrias).

Gráfico 6.2. Tabla de Origen



Fuente: Tarancón (2003)

Es decir, por filas se recoge la producción de cada producto existente en el sistema económico y por columnas la producción generada por cada rama de actividad, con lo cual la matriz permite la identificación de las producciones principales y secundarias de cada rama de actividad. De esta forma podemos definir:

- La producción por productos como :

$$\sum_{j=1}^l w_{ij} = w_i^p$$

- La producción por ramas de actividad:

$$\sum_{i=1}^n w_{ij} = w_j^r$$

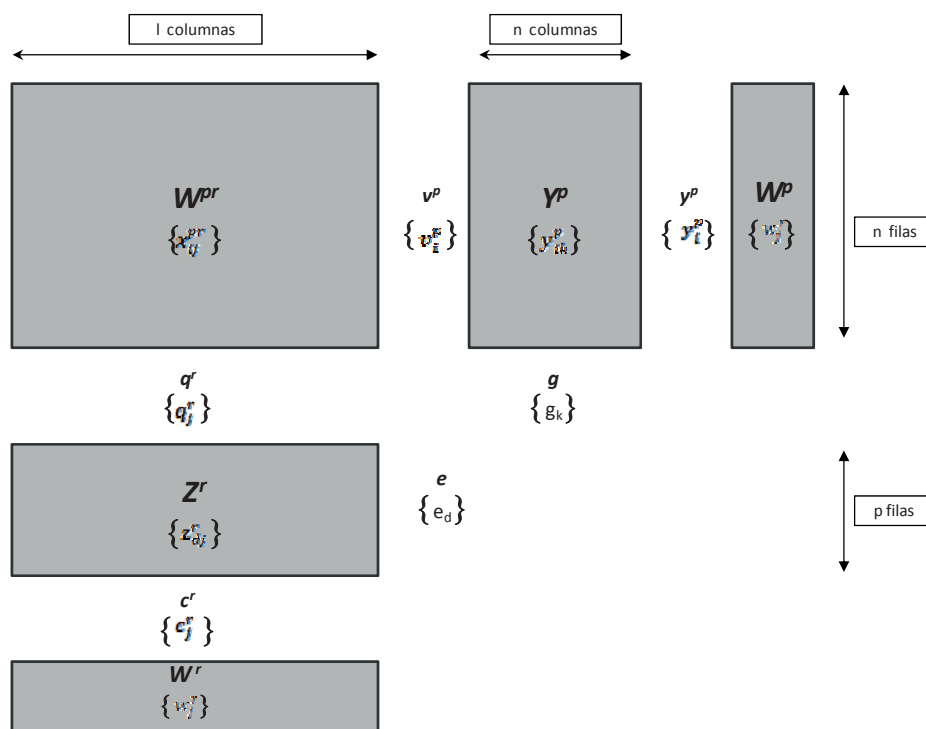
- La producción total:

$$\sum_{j=1}^l \sum_{i=1}^n w_{ij} = \sum_{i=1}^n w_i^p = \sum_{j=1}^l w_j^r$$

Por su parte, la Tabla de Destino (TO) (gráfico 6.3), se compone de tres matrices interrelacionadas:

- La matriz de transacciones intermedias por productos y ramas de actividad X^{pr} ,
- La matriz demanda final por productos Y^p
- La matriz de inputs primarios por ramas de actividad Z^r .

Gráfico 6.3. Tabla de destino



Fuente: Tarancón (2003)

Donde:

- X^{pr} es la matriz ($n \times l$) de transacciones intermedias
- V^p es el vector ($n \times 1$) de transacciones intermedias totales por productos
- q' es el vector ($1 \times l$) de transacciones intermedias totales por ramas de actividad
- Y^p es la matriz ($n \times k$) de ventas de productos a la demanda final
- y^p es el vector ($n \times 1$) de ventas de productos a la demanda final total (saldo)
- g es el vector ($1 \times k$) de componentes de la demanda final por categorías de demanda
- Z^r es la matriz ($p \times l$) de inputs primarios por ramas de actividad (industrias)

- e es el vector (px1) de inputs primarios totales por tipo de input
- C' es el vector (1xl) de inputs primarios totales por ramas de actividad
- W^p es el vector (nx1) de producción por productos
- W^r es el vector (1xl) de producción por ramas de actividad

Así podemos definir

- Producción por el lado de las ventas:

$$\sum_{j=1}^l x_{ij}^{pr} + \sum_{k=1}^m y_{ik}^p = w_i^p$$

- Producción por el lado de las compras:

$$\sum_{i=1}^n x_{ij}^{pr} + \sum_{d=1}^p z_{dj}^r = w_j^r$$

- Producción total:

$$\sum_{i=1}^n w_i^p = \sum_{j=1}^l w_j^r$$

- La relación entre la Tabla de Origen y la Tabla de Destino se produce a través de la producción por productos y por ramas de actividad (industrias):

$$\sum_{j=1}^l x_{ij}^{pr} + \sum_{k=1}^m y_{ik}^p = \sum_{j=1}^l w_{ij}^p$$

$$\sum_{i=1}^n x_{ij}^{pr} + \sum_{d=1}^p z_{dj}^r = \sum_{i=1}^n w_{ij}^r$$

La tabla simétrica supone una redefinición de las tablas de origen y destino para transformarla en el esquema simétrico de filas y columna del modelo de Leontief,

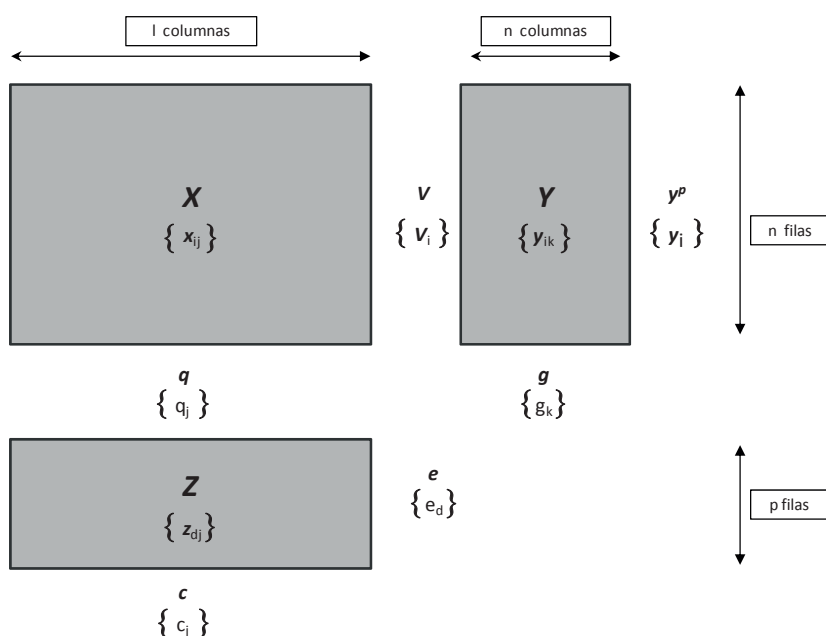
mediante la definición de *ramas de actividad homogéneas*; aquellas actividades que, desde un punto de vista conceptual, se caracterizan por producir un único bien o servicio.

Rasgos básicos del modelo Input-Output. La tabla simétrica

La tabla simétrica a la que nos hemos referido recoge el modelo inicialmente formulado por Leontief. Como hemos señalado se trata de un esquema contable que recoge los flujos de bienes y servicios entre los distintos sectores de la economía a nivel desagregado por ramas de actividad.

Tal y como recoge el gráfico 6.4. Está compuesto por tres matrices la de consumos intermedios (X), la demanda final (Y) y la de inputs primarios (Z). Siguiendo de nuevo a Taracón (2013) resumimos, a continuación los rasgos de cada una de ellas.

Gráfico 6.4. Matrices de la Tabla Input-Output



Fuente: Taracón (2003)

La matriz X de consumos intermedios, es una matriz $(n \times n)$ que recoge los intercambios intersectoriales de producciones intermedias, es decir los intercambios de mercancías y servicios entre las distintas ramas de actividad que componen el sistema económico. Así, por filas, se detallan las ventas (outputs) que cada rama de actividad realiza al resto de ramas y a sí misma mientras que por columnas se recogen las compras que cada rama de actividad realiza al resto de ramas y a sí misma. Cualquier elemento x_{ij} , de esta matriz refleja las compras realizadas por la rama j -ésima del bien producido por la rama i -ésima.

Podemos definir v_i como la suma de los elementos de la fila i de la matriz X . De esta manera el vector v $(n \times 1)$ se define como el vector de outputs totales intermedios que totaliza la matriz X por columnas: $v = X u$ siendo u el vector columna unitario de $(n \times 1)$ elementos. De forma similar se puede definir q_j como la suma de los elementos de la columna j de la matriz X . El vector q $(1 \times n)$ se define como el vector de inputs totales intermedios, que totaliza la matriz X por filas: $q = u' X$ siendo u' el vector fila unitario de $(1 \times n)$ elementos.

La matriz Y de demanda final es una matriz $(n \times m)$ que contabiliza las ventas de las n ramas de actividad a las m componentes de la demanda final, que es de tres tipos: consumo (privado y público), formación bruta de capital (fijo y variación de existencias), exportaciones e importaciones.

De esta forma un elemento y_{ik} refleja la producción de la rama i -ésima comprada por la categoría k -ésima de demanda final, por lo que el vector y $(n \times 1)$ será el vector de compras totales de demanda final por ramas productivas: $y = Y u$ siendo u el vector columna unitario de $(m \times 1)$ elementos. De la misma manera podemos definir g como el vector $(1 \times m)$ de componentes de la demanda final: $g = u'$ y siendo u' el vector fila unitario de $(1 \times n)$ elementos.

Por último, la matriz Z de inputs primarios es una matriz $(p \times n)$ de compra de inputs a los factores productivos primarios, que incluyen: retribución de los asalariados, cargas sociales de las empresas, excedente neto de explotación, consumo de capital fijo.

Al igual que en las anteriores matrices z_{dj} muestra la compra del d -ésimo tipo de inputs primarios por parte de la rama de actividad j -ésima. Se define el vector c ($1 \times n$) como el vector de compras totales de inputs primarios por ramas productivas: $c = u' Z$ siendo u el vector fila unitario de ($1 \times p$) elementos. De la misma manera pero por columnas se define e como el vector ($p \times 1$) de tipos de inputs primarios: $e = Z u$ siendo u el vector columna unitario de ($n \times 1$) elementos.

Las identidades que configuran el modelo son las siguientes:

- relación compras – ventas intermedias:

$$\sum_i v_i = \sum_{ji} q_j$$

- relación demanda final-inputs primarios:

$$\sum_{ik} y_{ik} = \sum_{dj} z_{dj}$$

- relación demanda final- producción efectiva- transacciones intermedias:

$$\sum_j x_{ij} + \sum_k y_{ik} = w_i$$

- relación inputs primarios- producción efectiva- transacciones intermedias:

$$\sum_j x_{ij} + \sum_d z_{dj} = w_j$$

A partir de ese esquema básico podemos definir los principales elementos del análisis, empezando por el concepto de coeficiente técnico, definido como el cociente entre cada elemento de la matriz de consumos intermedios y la producción efectiva de la rama de actividad (columna) correspondiente:

$$a_{ij} = \frac{x_{ij}}{w_j} \quad \text{con } i=(1,2,\dots,n) \text{ y } j=(1,2,\dots,n)$$

donde x_{ij} es el elemento típico de la matriz de relaciones intersectoriales X , w_j la producción efectiva total de la rama j -ésima. Lo cual expresado en términos matriciales:

$$A = \begin{bmatrix} a_{11} & \cdots & a_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ a_{n1} & \cdots & a_{nn} \end{bmatrix}$$

Así la suma por filas de la tabla es:

$$w_i = x_{i1} + x_{i2} + \cdots + x_{in} + y_{i1} + y_{i2} + \cdots + y_{ik}$$

Lo que teniendo en cuenta la definición de coeficiente técnico hace que la expresión se convierta en:

$$w_i = a_{i1}w_1 + a_{i2}w_2 + \cdots + a_{in}w_n + y_{i1} + y_{i2} + \cdots + y_{ik}$$

De esta forma recordando los vectores definidos anteriormente podemos expresar la producción en términos matriciales como:

$$w = Aw + Yu$$

donde

- w es el vector columna de producción efectiva ($nx1$)
- A es la matriz de coeficientes técnicos (nxn)
- Y es la matriz de demanda final (nxk)
- u es el vector columna unitario ($kx1$)

Si el vector de demanda final por ramas de actividad se puede definir como:

$$y = Yu$$

entonces se puede expresar el vector de producción efectiva como:

$$w = (I - A)^{-1} y$$

$$(1 - A)^{-1} = A' = \begin{bmatrix} \alpha_{11} & \cdots & \alpha_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ \alpha_{n1} & \cdots & \alpha_{nn} \end{bmatrix}$$

Donde $(I - A)^{-1}$ es la matriz inversa de Leontief de gran trascendencia para el análisis pues los elementos de la matriz cuantifican los requerimientos directos e indirectos (e incluso inducidos dependiendo de cómo definamos la matriz), de producción necesarios para satisfacer un incremento en la demanda final.

Supuestos

Siguiendo a Muñoz Alamillo, Vicente y Muñoz Martínez, A. (2012), podemos realizar una síntesis de las hipótesis contenidas en el modelo input-output:

- *Homogeneidad sectorial*: cada input es suministrado por un solo sector, lo que implica que cada uno de los sectores tiene una producción primaria o característica, pero no secundaria.
- *Invariancia* de los precios relativos: inputs o productos iguales tienen precios de valoración iguales para todos los productores.
- *Proporcionalidad*: la cantidad de insumos varía en la misma proporción que varía la producción. Esto implica que los factores e insumos no son determinados por los precios relativos.
- *Aditividad*: el efecto total sobre la producción de varios sectores es igual a la suma de los efectos sobre la producción de cada uno de los sectores.

6.1.3. Estimación de impactos: tipos de efectos y multiplicadores

Este esquema analítico permite realizar estimaciones del impacto, es decir del conjunto de efectos sobre la producción, la renta y el empleo, derivados de modificaciones en la demanda final. Como veremos a continuación el concepto clave es el de multiplicador, noción que alude al efecto acumulado que la modificación de

una variable produce en el resto del sistema. Repasaremos en primer lugar los tipos de efectos asociados a un incremento de demanda, a continuación describiremos los distintos multiplicadores, para explicar finalmente cómo se ha procedido a calcular la matriz ampliada de Leontief con el objetivo de poder calcular los multiplicadores de tipo II para estimar también los efectos inducidos.

Tipos de impacto

Un aspecto importante a clarificar es el proceso que se desencadena cuando se produce una modificación de una variable y los efectos que se producen en el sistema, en nuestro caso la modificación de la demanda como consecuencia del gasto en dependencia.

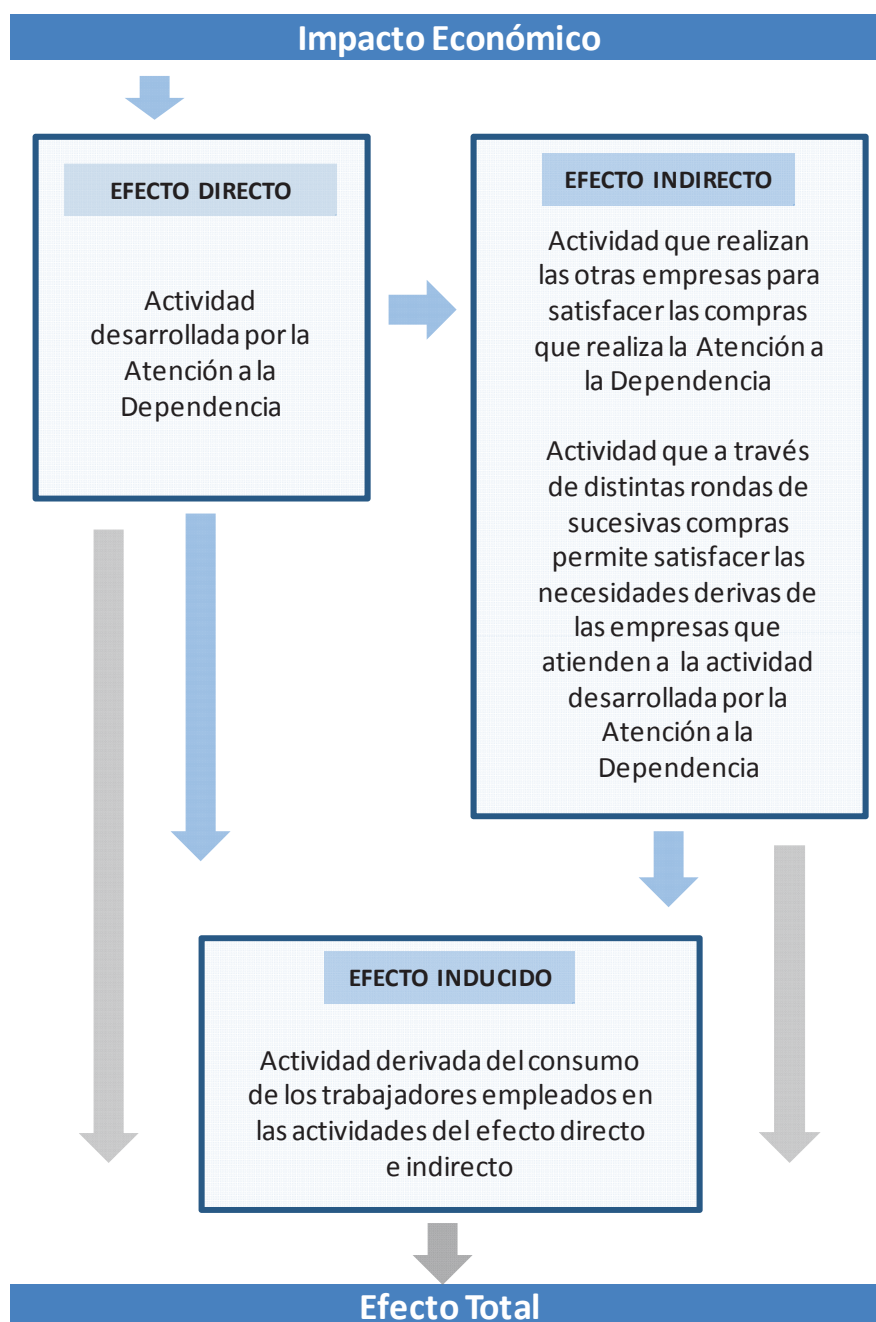
Como cuestión previa hay que reseñar el hecho de que la producción interior de cualquier espacio económico no satisface la totalidad de los requerimientos que supone un incremento de la demanda, ya que parte de estos provienen de las importaciones. Esto se conoce en literatura anglosajona como *leakage*; canales de fuga de la actividad regional vía importaciones interregionales cuya intensidad depende del grado de apertura exterior de la economía regional, Morillas, A., (2008). Siendo así, en nuestro caso, la totalidad del incremento de la demanda no se trasladará a producción andaluza por lo que se ha trabajado con coeficientes de producción interior, al objeto de capturar exclusivamente el impacto sobre la producción regional.

El efecto total es el resultado acumulado, a su vez, de tres efectos: (gráfico 6.5):

1. **Directo.** Los impactos directos sobre la producción se corresponden con el aumento de demanda en los distintos los sectores sobre los que se proyecta el gasto en atención a la dependencia.
2. **Indirecto.** La actividad económica que se genera como consecuencia del incremento de producción para atender esta demanda conlleva efectos multiplicadores, puesto que sectores que reciben directamente el aumento de la demanda generan efectos a su vez sobre otros sectores que le nutren de inputs

intermedios. Esto provocará, de forma encadenada, una generación de demanda en diferentes rondas sobre el resto de sectores de la economía. La suma de los incrementos de demanda derivados de este proceso iterativo es a lo que se denomina efecto indirecto.

Gráfico 6.5. Desagregación de los Efectos del Impacto Económico



FUENTE: Elaboración propia a partir de Díaz (2011)

3. **Inducido.** El impacto indirecto no agota el conjunto de efectos puesto que cada demanda a los sectores productivos supone además de un requerimiento de inputs intermedios una demanda de input primarios, es decir genera rentas para remunerar trabajo y capital. Estas rentas suponen un incremento de la capacidad adquisitiva de los individuos receptores que aumenta su demanda de consumo, incrementando la demanda final.
4. **Efecto Total.** Los impactos totales provocados por el aumento de la demanda final atribuible al gasto en atención a la dependencia se obtiene como la suma del impacto o efecto directo, impacto o efecto indirecto y el impacto o efecto inducido por los dos anteriores.

Multiplicadores

El concepto clave para el cálculo de estos efectos es el concepto de multiplicador. Éste mide la relación entre un gasto inicial y los efectos totales generados por el mismo. Teniendo en cuenta, tal y como hemos señalado, que al considerar la relación entre demanda y efecto total puede tener en cuenta o no los efectos inducidos, da lugar a dos tipos de multiplicadores según se consideren los efectos directos e indirectos (Tipo I) o también los inducidos (Tipo II).

El trabajo pionero sobre el tema de los multiplicadores regionales obtenidos a partir del modelo interindustrial de Leontief es el de Moore y Petersen (1955), si bien es en el de Hirsch (1959) donde se recoge la clasificación de los multiplicadores entre Tipo I y Tipo II, que es la que permite diferenciar si se recogen los efectos inducidos o no (Morillas, 2009, 455).

Este efecto multiplicador se puede calcular para la Producción, para la Renta o Valor Añadido o para el Empleo, dependiendo sobre qué variable se vaya a calcular el efecto de multiplicación. De esta manera es posible calcular seis tipos de multiplicadores.

Basándonos en el clásico manual análisis Input-Output de Miller y Blair (2009) podemos concretar los multiplicadores en:

1. Multiplicadores Tipo I. Si consideramos la matriz inversa de Leontief:

$$(1 - A)^{-1} = A' = \begin{bmatrix} \alpha_{11} & \cdots & \alpha_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ \alpha_{n1} & \cdots & \alpha_{nn} \end{bmatrix}$$

cada elemento α_{ij} de la matriz es el incremento, directo e indirecto, en la producción del sector i necesario para satisfacer un incremento de una unidad en la demanda final del sector j , por lo que la suma de una columna de la matriz A' indica la producción necesaria de todos los sectores de la economía para satisfacer un incremento de una unidad en la demanda final del sector j , por el que el **multiplicador de la producción Tipo I** será

$$MP_j^I = \sum_{i=1}^n \alpha_{ij}$$

en términos matriciales

$$MP^I = A'$$

Y el correspondiente de **Renta** (Valor Añadido) es

$$MR_j^I = \sum_{i=1}^n v_i \alpha_{ij}$$

donde v_i es la capacidad para generar renta por unidad de *output* en el sector i , calculada la renta (Valor Añadido) en el sector i dividido por la producción en el sector i . En términos matriciales:

$$MP^I = v' A'$$

Donde v' es el vector que contiene la capacidad de generar renta (valor añadido) por unidad de output en los distintos sectores.

El correspondiente al Empleo es:

$$ME_j^I = \sum_{i=1}^n l_i \alpha_{ij}$$

donde l_i es el coeficiente de empleo por unidad de *output* en el sector i , calculado como el cociente entre el empleo y la producción sector i .

En términos matriciales:

$$MP^I = l' A'$$

donde l' es el vector que contiene los coeficientes de empleo y producción de todos los sectores

2. Multiplicadores Tipo II

Los multiplicadores Tipo II son los que consideran dentro del efecto total de multiplicación el efecto inducido por el consumo adicional que generan las rentas de las familias. Este multiplicador refleja el concepto de multiplicador Keynesiano, en la medida que endogeniza el consumo de la familias, lo que significa su consideración como una variable endógena más al igual que el resto.

Para calcular los coeficientes técnicos se amplía la matriz de consumos intermedios con una fila y una columna más. La columna corresponde al consumo de las familias recogido en las Tablas Input-Output y la fila la totalidad de las rentas percibidas por las mismas; información esta última que no se recoge en las tablas y se necesita estimar.

Si consideramos ahora la nueva matriz de coeficientes técnicos, expresada como matriz particionada:

$$A^* = \begin{bmatrix} A & c \\ r & \theta \end{bmatrix}$$

Donde A^* es la matriz de coeficientes técnicos, c es el vector de coeficientes de consumo y renta, r es el vector de coeficientes de renta y producto del sector

familias, y θ es una escalar. Si invertimos esta matriz particionada para obtener la inversa de Leontief ampliada el resultado es:

$$(1 - |A^*|) = A^{*'} = \begin{bmatrix} K & q \\ z & \mu \end{bmatrix}$$

donde K es la matriz que contiene los nuevos α_{ij}^* que recogen los efectos de las nuevas relaciones intersectoriales incluidos los efectos inducidos en consumo familiar además de los efectos directos e indirectos de motivación tecnológica recogidos en la inversa original, por lo que podemos definir los indicadores de la siguiente manera:

Multiplicador de la Producción Tipo II

$$MP_j^{II} = \sum_{i=1}^n \alpha_{ij}^*$$

el correspondiente de Renta (Valor Añadido) será

$$MR_j^{II} = \sum_{i=1}^n v_i \alpha_{ij}^*$$

donde v_i es, al igual que en el tipo I, la capacidad de generar renta por unidad de *output* en el sector i , calculada como la renta (Valor Añadido) en el sector i dividido por la producción en el sector i .

$$ML_j^{II} = \sum_{i=1}^n l_i \alpha_{ij}^*$$

donde l_i es el coeficiente de empleo por unidad de *output* en el sector i , calculado como el cociente entre el empleo y la producción del sector i . Siendo las expresiones matriciales las equivalentes con la matriz $A^{*'}$

Para concluir este apartado sobre los multiplicadores es necesario señalar, como apunta Morillas (2009,460), que la aplicación de los multiplicadores de renta en el

ámbito regional presenta problemas conceptuales y de sobreestimación al considerar que los cambios en el gasto de los consumidores es proporcional a la renta.

6.1.4. Endogenización del consumo. La matriz de Leontief ampliada

Para construir los multiplicadores de tipo II ya hemos señalado que es necesario endogeneizar el sector de las economías domésticas, ampliando la matriz de consumos intermedios que recoge las transacciones intersectoriales para incluir este sector de economías domésticas como si se tratara de otro sector productivo⁴⁵. De esta forma, la matriz de transacciones intersectoriales tendrá una fila y una columna adicionales.

Las economías domésticas, al ser consideradas como un sector productivo más y, por tanto, como una variable endógena, adquieren un significado ligeramente diferente. Por un lado, cuando las consideramos desde la perspectiva de la fila, ésta supone que se están recogiendo unos ingresos como sueldos, salarios, rentas, dividendos, intereses, etc., cuyo origen no es otro que la contrapartida en cada sector de la oferta de mano de obra, capitales cedidos, etc. Por otro, cuando se examina la columna se aprecia que las economías domésticas precisan demandas o inputs, o más adecuadamente, compran una serie de bienes y servicios a los restantes sectores productivos que, en definitiva, vendrían a ser las contrapartidas en concepto de inputs precisadas para la obtención de las ofertas a los restantes sectores productivos realizadas por las economías domésticas (Martínez Estévez, 1980, 171).

La columna debe recoger los suministros o ventas de cada rama al sector doméstico, es decir, el Consumo Privado interior. Ello provocaría su desaparición de la matriz de demanda final y su traslación a la última columna de la nueva matriz de transacciones interindustriales. En este caso, no plantea problemas obtener la columna correspondiente a las economías domésticas pues se obtiene directamente de la Tabla

⁴⁵ Esto implica, como señala Martínez Estévez (1980, 172), un supuesto muy restrictivo como es que las funciones de consumo son lineales y homogéneas, con lo efectos en términos de precisión que supone las estimaciones basadas en su uso. No obstante cualquier alternativa requiere unos inputs de información muy difíciles de conseguir lo que restringe las posibilidades de alterar el procedimiento.

simétrica del Marco Input-Output de Andalucía 2010, MIOAN (IECA, 2015), que se corresponde con el consumo de las familias.

En el caso de la fila, sin embargo, su inclusión comporta algunas dificultades, cuya suma, lógicamente, debe ser igual a la de la columna. Por definición, la fila añadida debe recoger el flujo de cada rama que revierte en el sector familia, es decir debe incluir las rentas, salarios, sueldos, intereses, percibidos como contrapartida a la prestación de los factores productivos, Es decir, implica calcular la renta doméstica generada en cada rama al obtener la producción efectiva correspondiente. Para ello se debería deducir del montante total del valor añadido de cada sector todas aquellas partidas que no se canalizan hacia las economías domésticas, y que forman parte de este valor añadido (Ahorro-Sociedades o todo tipo de beneficios no distribuidos, impuestos directos, cotizaciones sociales, etc.).

El problema se plantea dado que MIOAN 2010 no recoge esta información, por lo que no se puede obtener directamente y es necesario realizar una estimación. Si bien, por definición, el montante total de lo que las familias consumen es igual al conjunto de rentas que canalizan hacia esta variable, no es igual lo que cada sector aporta y lo que cada sector se consume. Esto significa que hay que distribuir este montante entre los distintos sectores de renta que se destina al consumo

Para este trabajo se ha construido una estimación de la renta familiar destinada al consumo por parte de cada una de las ramas de actividad productiva. Para ello se han considerado los sueldos y salarios íntegramente, se han separado rentas mixtas y el excedente bruto de explotación, calculando la aportación de cada uno de ellos a la renta disponible a partir de la estructura de la Matriz de Contabilidad Social de Andalucía del año 2005. Una vez obtenida la renta factorial familiar bruta se ha estimado el consumo del sector familias. De esta manera se ha construido la fila del sector economías domésticas para ampliar la matriz de consumos intermedios, para así obtener la matriz de coeficientes técnicos ampliada. Esta matriz particionada se invirtió obteniendo la matriz inversa de Leontief ampliada para Andalucía 2010 que es

la que se utiliza en la estimación de impacto que se recoge en el epígrafe siguiente, y cuyo proceso de estimación se describe continuación.

6.1.5. Fuentes y proceso de estimación

Una vez establecidas las bases de la estimación se finaliza esta referencia metodológica con una breve descripción de la fuente utilizada, el MIOAN 2010, y del proceso de estimación hasta obtener el vector de incremento de demanda final que se utiliza en el cálculo de impacto a partir del gasto estimado en el capítulo anterior. Posteriormente, siguiendo la metodología de Miller y Blair (2009), descrita en el apartado anterior se obtendrá la matriz inversa de Leontief ampliada para Andalucía 2010 que nos permite estimar el impacto inducido.

El Marco Input-Output de Andalucía 2010

La base utilizada para la estimación es el Marco Input-Output de Andalucía elaborado por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía publicado recientemente. Éste se elabora de acuerdo con los estándares metodológicos que incorpora el SEC, que contempla el Marco Input-Output como un instrumento que reposa básicamente en tres tablas: origen, destino y la tabla Input-Output simétrica, completadas con un conjunto de tablas auxiliares. El Anexo -gráficos del A.6.1. al A.6.4.- recoge una versión simplificada de las tres tablas principales y del listado de sectores en los que esta tabla se desagrega.

La tabla de origen muestra la oferta de bienes y servicios por producto y tipo de proveedor, distinguiendo entre la producción interior y las importaciones. Consta de un cuerpo central de 88 sectores que recogen los intercambios entre ellos, del que se obtiene la Producción Interior a precios básicos a los que se añaden por filas, el consumo en el exterior de residentes, que permite obtener la Producción Regional a precios básicos y la distinción entre la producción de mercado, la destinada a uso final propio y otra producción no de mercado. Por columnas, además de los 88 sectores, de

los que se obtiene la producción Interior, se incorporan las importaciones, distinguiendo entre resto de España y resto del mundo, con la que se obtiene la *Oferta Total a precios básicos, los márgenes de comercio y de transporte*, así como los *impuestos netos sobre los productos* que permiten obtener la *Oferta Total a precios de adquisición* (IECA, 2015, 2)

Por su parte, la tabla de destino recoge los empleos que hace la economía de los bienes y servicios de que dispone, por producto y tipo de empleo. Es decir, indica lo que se destina a consumos intermedios (por rama de actividad), a consumo final, a formación bruta de capital o a exportaciones. Además, en la tabla se muestran los componentes del *valor añadido bruto*, es decir, la *remuneración de asalariados*, los *otros impuestos netos sobre la producción* y el *excedente bruto de explotación* (IECA, 2015, 3).

Por último, La tabla Input-Output simétrica es una tabla producto por producto o industria por industria (rama de actividad homogénea) que constituye una reordenación de los datos contenidos en las tablas de origen y destino de la economía. Esta tabla simétrica, de 82x82, muestra las relaciones de inputs y outputs de cada rama de actividad homogénea en las que se ha dividido la economía. Se describen, por tanto, los procesos interiores de producción y las operaciones de bienes y servicios de la economía interior con gran detalle. Esta tabla condensa el origen y el destino en la misma matriz (IECA, 2015,3).

Es importante señalar que de esta tabla se desgajan 4 matrices de relaciones intersectoriales: la que recoge la producción total, la interior, la de importaciones del resto de España y la del resto del mundo; de las cuales se derivan dos matrices de coeficientes técnicos, totales e interiores, y sendas matrices inversas de Leontief, total e interior.

El proceso de estimación: gasto en dependencia e impulso a la demanda regional

El objetivo es realizar una estimación del efecto de arrastre que sobre la economía y el empleo provoca el gasto en atención a la dependencia en Andalucía, utilizando un modelo multisectorial de carácter lineal como es el modelo Input-Output, que permite captar adecuadamente los efectos de demanda derivados de las distintas transferencias y servicios del SAAD, considerando este gasto como un cambio exógeno que provoca efectos en las distintas variables endógenas del modelo.

Para estimar los efectos del conjunto del gasto, público y privado, en atención a la dependencia, se formula la hipótesis de una ausencia completa de gasto público en materia de dependencia, observando cuales son los efectos en los distintos agregados de esta disminución de la demanda final ⁴⁶

Respecto de este supuesto de ausencia de gasto, hay que decir que es cierto que ya se prestaban servicios en atención a los dependientes antes de la LAPAD, pero la intensa evolución del gasto público que hemos valorado con anterioridad permite soslayar su impacto y considerar este gasto como ex novo. No deja de ser cierto también que de no prestarse la atención con carácter público una parte derivaría en producción privada, produciéndose cierto efecto sustitución, pero los datos de renta de las personas dependientes –analizados en el capítulo anterior– no inducen a pensar que este efecto sea relevante.

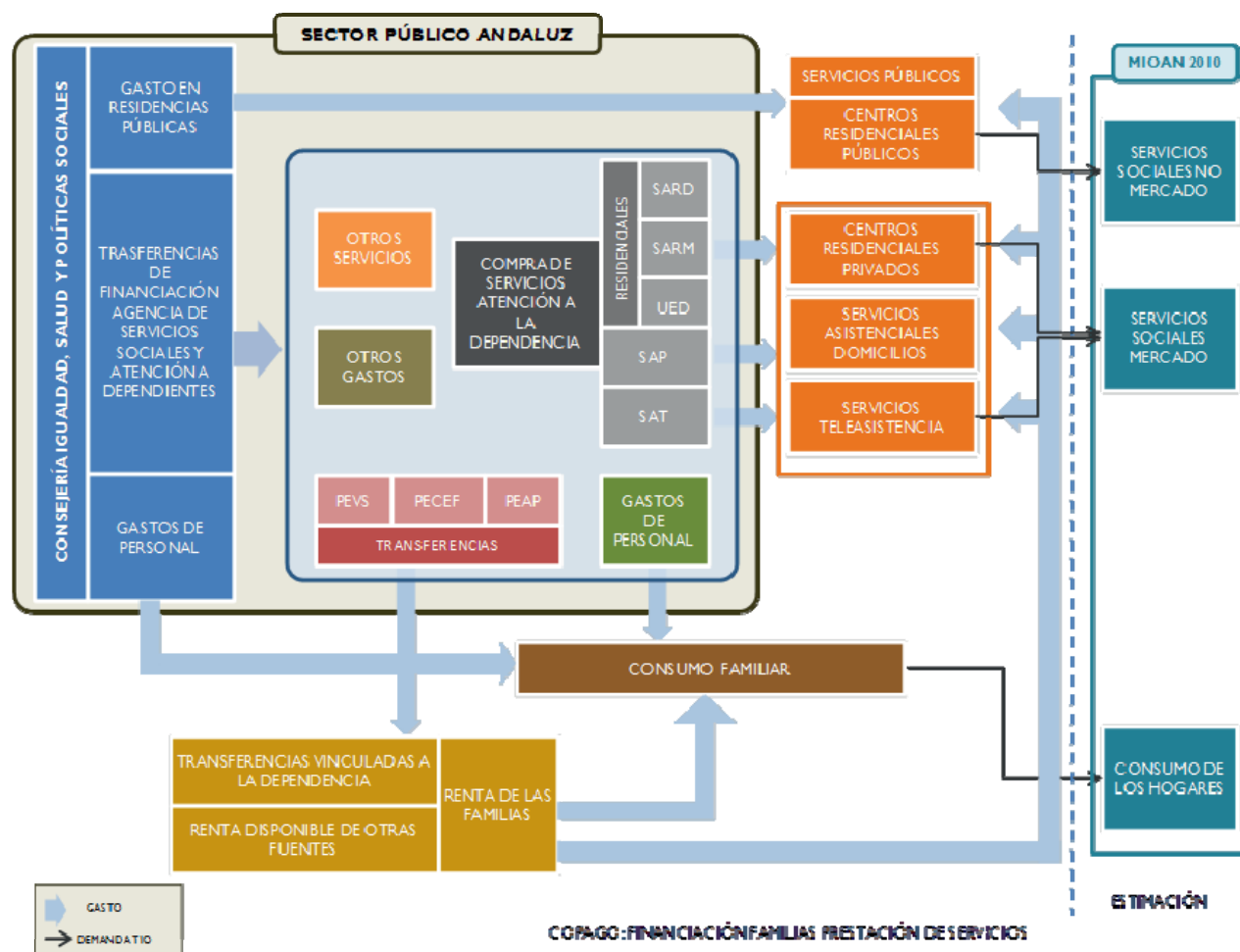
En este apartado, como decíamos se describe el proceso de estimación de los impactos a partir de la estimación de gasto recogida en él a partir de datos sobre importes desagregados por tipo de prestación que constan en el cuadro 5.6.

El primer paso es asignar sectorialmente el aumento en la demanda final. Para ello, es necesario entender el esquema de flujos monetarios.

⁴⁶ Por eso aun cuando en el conjunto de cuadros y gráficos los cálculos se expresan en positivo para posibilitar un seguimiento y comprensión más fácil, los impactos tienen en realidad signo negativo, ya que el ejercicio de estimación se realiza para el supuesto de una disminución de la demanda final como consecuencia de reiterar el gasto en dependencia.

Existen tres agentes generadores de flujos monetarios, relacionados, entre sí (gráfico 6.6.)

Gráfico 6.6. Flujos de Gasto y Demanda del Gasto en Dependencia en Andalucía



FUENTE: Elaboración propia

La **Consejería de Igualdad y Políticas Sociales (CIPS)** no solo actúa como financiador de la **Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA)** sino que también provee de Servicios de Atención Residencial a Mayores (SARM).

No obstante, la perspectiva que se adopta en esta estimación es considerar el sector público consolidado, como único agente prestador de servicios y de transferencias, evitando cualquier confusión derivada de la naturaleza de la financiación que la CIPS

aporta a ASDDA⁴⁷. Desde esta perspectiva, el conjunto del sector público andaluz demanda servicios, realiza transferencias a las familias y satisface las remuneraciones del personal que gestiona el sistema.

Dado que la LAPAD consagrara el principio de participación del coste del servicio, **las familias** deben completar el coste de los servicios, por lo que demanda de servicios se realizara por el montante global de la aportación pública y privada. Pero además son destinatarias de trasferencias, parte de las cuales se destinaran al consumo. De forma idéntica parte de los sueldos y salarios percibidos por los **empleados y empleadas públicas** se gastarán en consumo.

Se configura así la asignación sectorial de este gasto de forma que:

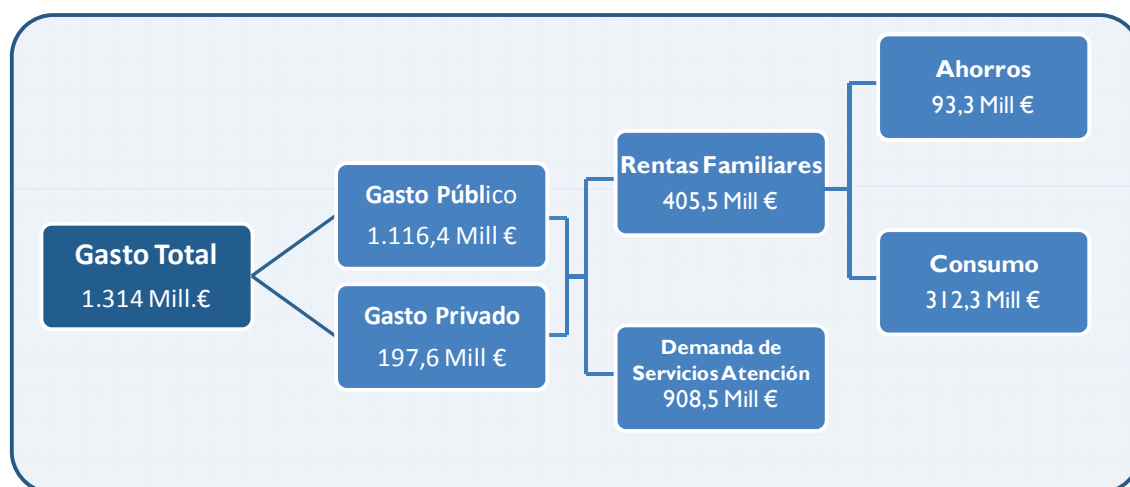
- a) Se imputa la totalidad del gasto que realiza el SARM mediante medios propios al sector 76, Actividades de servicios sociales no mercado, de la Tabla Input-Output simétrica.
- b) Se imputa la totalidad del gasto que se realiza en el resto de servicios al sector 75, Actividades de servicios sociales mercado, de la Tabla Input-Output simétrica.
- c) Se imputa al consumo familiar la parte que no es ahorro de las transferencias que reciben los dependientes así como las rentas percibidas por los empleados públicos. Este gasto se distribuye entre los sectores de acuerdo con su estructura porcentual.

Desde un punto de vista cuantitativo esta imputación se refleja en el gráfico 6.7., donde se desglosa el gasto total en atención a la dependencia tanto por su origen, público y privado, como por su destino:

- Demanda de servicios, 908,5 millones
- Rentas familiares, 405,5 millones.

⁴⁷ La confusión podría venir si el gasto se enfoca desde la perspectiva de la CIPS ya ésta genera servicios directamente, en pequeña cuantía y realiza trasferencias pero éstas en realidad se destinan en realidad a la adquisición de servicios en su mayor parte, aunque se trate, desde el punto de vista de la naturaleza el gasto de la consejería, de una transferencia.

Gráfico 6.7. Estimación del Gasto en Dependencia en Andalucía



FUENTE: Elaboración propia

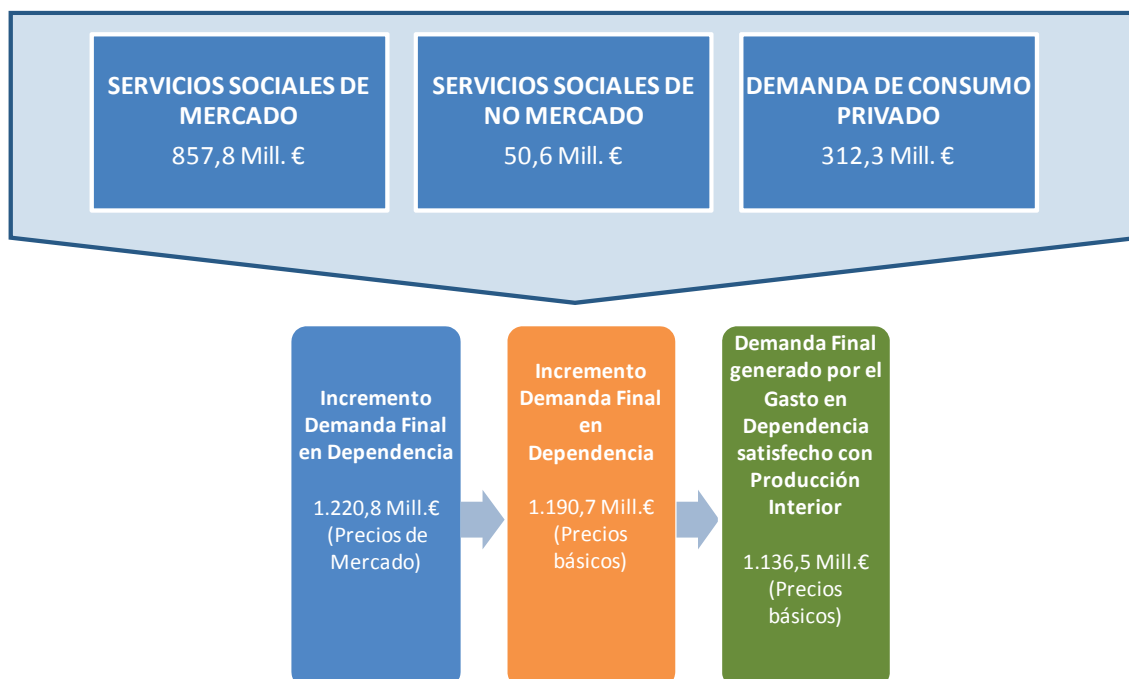
Para calcular qué parte de estas rentas familiares se destina al consumo y qué parte al ahorro, se ha aplicado la proporción entre el *Gasto en Consumo Final* y la *Renta Disponible Ajustada Bruta* obtenida de las *Cuentas Financieras por Sectores institucionales para 2014 de la Contabilidad Nacional de España. Base 2010*. El ratio obtenido, el 77%, es el permite estimar el consumo en 312,3 millones de euros.

A partir de ahí, queda configurada la *Demanda Final* provocada por el gasto en dependencia:

- 50,6 millones de euros son para *Actividades de servicios sociales no mercado (sector 76)*
- 857,8 millones de euros para *Actividades de servicios sociales de mercado (sector 75)*
- 312,3 millones de euros destinados a los consumos distribuidos entre los diferentes sectores.

La suma de estos tres componentes conforma un vector de Demanda Final de 1.220,8 millones de euros (gráfico 6.8).

Gráfico 6.8. Demanda final generada por el Gasto en Dependencia en Andalucía en el Marco de las Tablas Input-Output de Andalucía



FUENTE: Elaboración propia

El vector de demanda está valorado a precios de adquisición, no obstante la demanda de la Tabla está valorada a precios básicos, por lo que debe corregirse, eliminando las diferencias entre ambos esquemas de valoración como los impuestos ligados a producción. Este ajuste genera un vector de *Demanda Final a precios básicos* de 1.190,7 millones de euros; 1.136,5 millones de euros una vez descontada la parte de la demanda que se satisface con importaciones. Este último dato es el que se tomará como referencia, junto con las Matrices de Leontief interiores, normal y ampliada, para calcular los impactos cuyos resultados en términos de actividad económica y empleo se recogen en los epígrafes siguientes.

6.2. Estimación del impacto en la actividad económica

En este epígrafe repasaremos los efectos directos, indirectos, inducidos y totales sobre la actividad económica de la Comunidad Autónoma. Para cada uno de ellos se hará referencia a las principales macromagnitudes -producción y VAB- tanto desde el punto

de vista de la oferta como de la demanda, a los multiplicadores, salvo en el caso del efecto directo y se finalizara con un cuadro macroeconómico, en el que se han incorporado los valores de las distintas macromagnitudes de la economía andaluza 2014 para poder valorar la importancia de los distintos impactos.

Para facilitar el seguimiento y visión intuitiva de los principales impactos, se ha esquematizado el proceso y las principales relaciones, representando los principales resultados mediante gráficos.

Al objeto de ser didácticos, se irán comparando, a medida que progrese en las estimaciones, cada efecto con el anterior. Este enfoque lleva aparejada la reiteración de determinada información pero creemos que facilita el seguimiento del análisis.

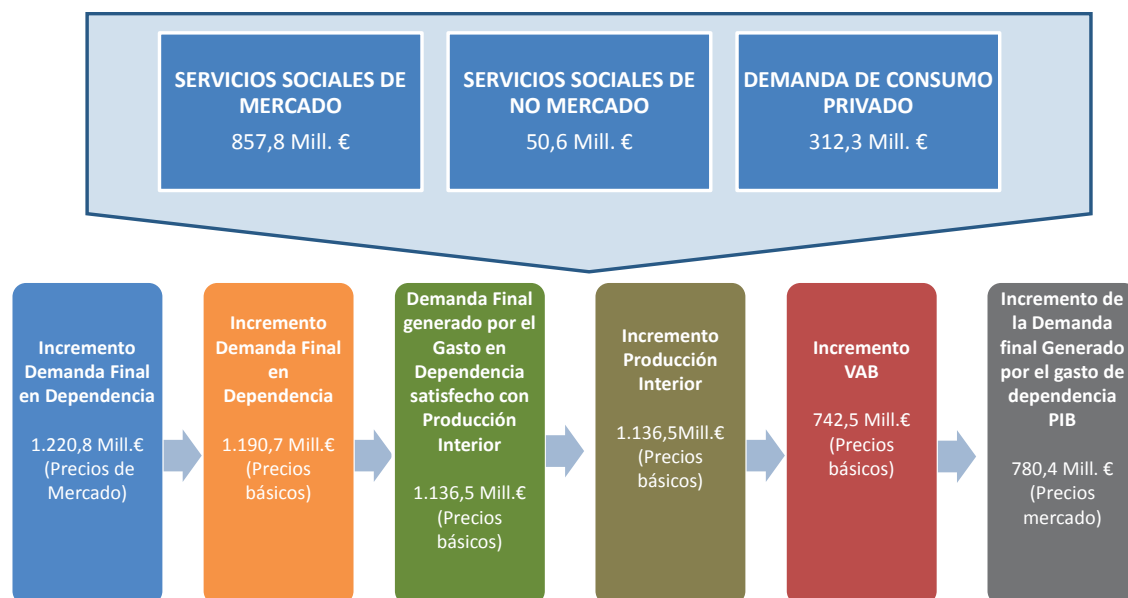
6.2.1. Impacto directo

Como sabemos el impacto directo es aquel que se produce como consecuencia del aumento de la producción necesaria para atender el aumento de demanda que supone el gasto en atención a la dependencia. Por eso en este caso, el valor de la producción coincide con el valor del incremento de la demanda final satisfecha con producción interior.

Su impacto en el VAB es de 742,5 millones, muy elevado en relación a esta demanda, lo cual es lógico dados los sectores en los se produce la demanda, y en especial, el peso en el gasto, en el sector de actividades de mercado. Finalmente supone una aportación al PIB de 780, millones de euros (gráfico 6.9).

El cuadro 6.1. recoge la síntesis de los efectos directos en un cuadro macroeconómico que contiene la hipótesis de demanda que se está formulado. En él se aprecia que el impacto del efecto directo del gasto en atención a la dependencia es muy notable, del orden de un 0,54% del PIB, y se concentra en el sector servicios.

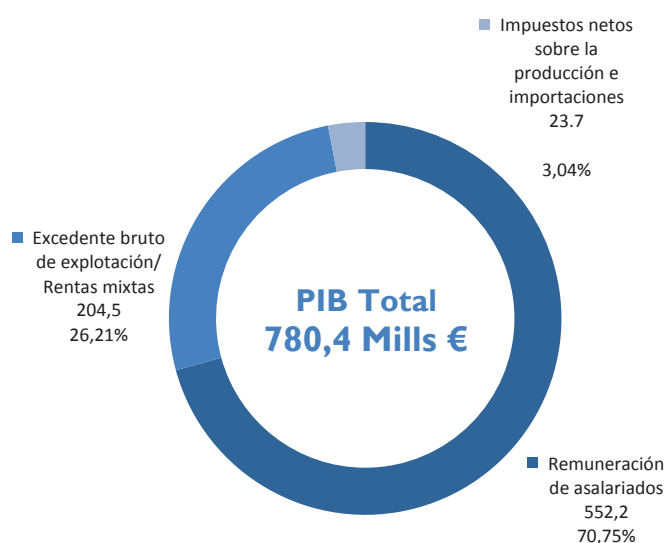
Gráfico 6.9. Efectos Económicos del Gasto en Dependencia en Andalucía en el Marco de las Tablas Input-Output de Andalucía. Efecto Directo



FUENTE: Elaboración propia

Además, dado que el grueso la demanda se concentra en el sector de actividades sociales, caracterizado por una baja productividad y muy intensivo en trabajo, su peso en el valor añadido es elevado, casi dos tercios de la producción interior frente a una media del 50,1%, a la vez que, el 70% corresponde a remuneración de asalariados, casi dieciocho puntos más que la media de los sectores (gráfico 6.10).

Gráfico 6.10. Distribución del VAB por componentes de la demanda. Efecto Directo



Cuadro 6.1. Cuadro Macroeconómico. Efecto Directo. (Miles de euros)

CUADRO MACROECONÓMICO 2014			
	2014	Impacto Directo	Dif. (%)
HIPÓTESIS DE DEMANDA			
Gasto en Consumo final regional	133.337.871	1.190.712	0,89%
Formación bruta de capital	24.379.856	0	0,00%
DEMANDA REGIONAL	157.717.727	1.190.712	0,75%
Exportación de bienes y servicios (FOB)	63.576.881	0	0,00%
IMPACTO EN LA IMPORTACIÓN			
Importación de bienes y servicios (CIF)	75.542.270	159.740	0,21%
SALDO EXTERIOR	-11.965.389	-159.740	1,34%
IMPACTO EN LA OFERTA			
VAB a precios básicos	131.136.235	742.523	0,57%
VAB de las ramas primarias	6.022.025	3.892	0,06%
VAB de las ramas industriales	16.182.404	13.502	0,08%
VAB de la construcción	7.955.190	5.441	0,07%
VAB de las ramas de servicios	100.976.616	719.689	0,71%
Impuestos netos sobre los productos	14.616.103	37.873	0,26%
PIB a precios de mercado	145.752.338	780.397	0,54%
RENTA			
Remuneración de asalariados	64.238.356	552.160	0,86%
Excedente bruto de explotación/ Rentas mixtas	66.329.693	204.508	0,31%
Impuestos netos sobre la producción e importaciones	15.184.289	23.728	0,16%
PIB a precios de mercado	145.752.338	780.397	0,54%

FUENTE: Elaboración propia

6.2.2. Impacto indirecto

El impacto directo de la demanda genera una cadena de relaciones interindustriales destinada a satisfacerla. Como se refleja de forma resumida en el gráfico 6.11. la demanda de 1.136,5 millones de euros genera, directa e indirectamente, gracias a un multiplicador de 1,36⁴⁸, 1.547,8 millones de euros de producción interior.

Gráfico 6.11. Multiplicador tipo I de la Producción



FUENTE: Elaboración propia

En el caso del VAB el multiplicador se sitúa en el 0,83 (gráfico 6.12).

Gráfico 6.12. Multiplicador de tipo I del VAB

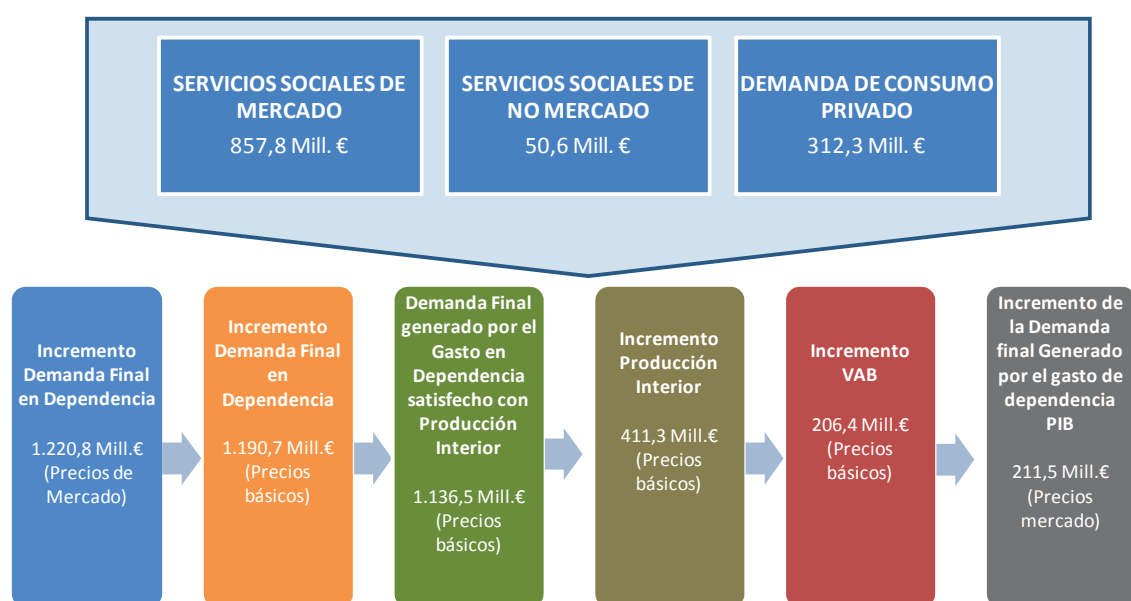


FUENTE: Elaboración propia

⁴⁸ Hay que tener en cuenta que estamos comparando demanda satisfecha con producción interior y la producción interior que se genera no la total que incluye los inputs importados, puesto que lo que interesa destacar es la capacidad de arrastre en la economía andaluza.

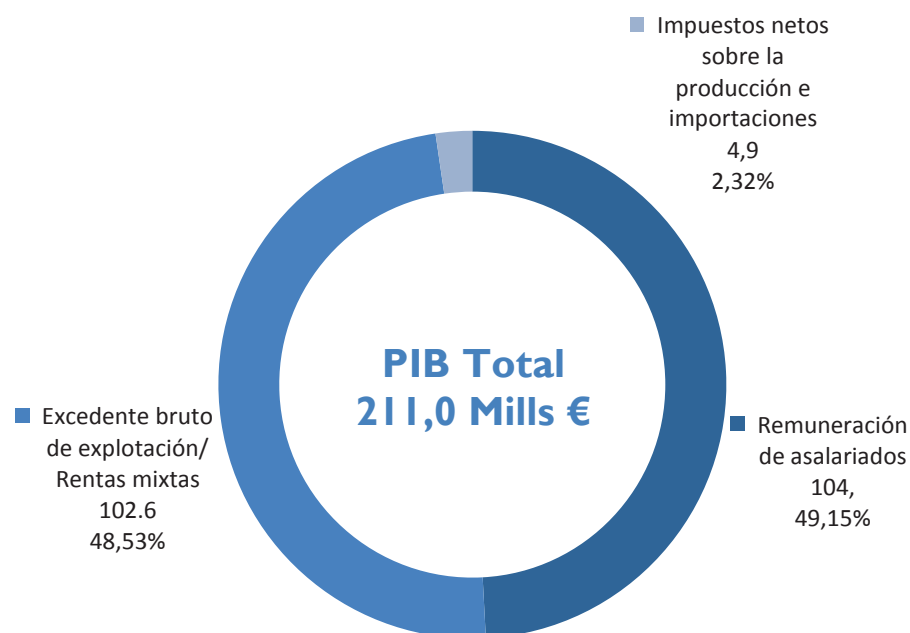
Deduciendo de este impacto el efecto directo calculado anteriormente obtenemos el impacto indirecto. De esta forma, el valor de la producción, resultado de las sucesivas oleadas de demandas de inputs provocada por la producción directa, alcanza un valor de 411,3 millones de euros, es decir un 36% de producción adicional, con un VAB generado de 206 millones de euros, un 27% más, y 211,5 millones de euros de PIB, un 27,1% (gráfico 6.13).

Gráfico 6.13. Efectos Económicos del Gasto en Dependencia en Andalucía en el Marco de las Tablas Input-Output de Andalucía. Efecto Indirecto



FUENTE: Elaboración propia

La diferencia entre el incremento de producción y el VAB apunta hacia una conclusión lógica: la distribución de efectos entre todos los sectores reduce la contribución a generar VAB en la medida que intervienen sectores con diversos niveles de productividad, e intensidad en mano de obra.

Gráfico 6.14. Distribución del PIB por componentes de la demanda. Efecto Indirecto

FUENTE: Elaboración propia

Esto provoca, evidentemente, que la proporción de VAB en relación a la producción sea la media del conjunto de los sectores productivos, en el entorno del 50%.

Desde un punto de vista sectorial⁴⁹, el efecto indirecto sobre el VAB se concentra en los servicios. Tres de cada cuatro euros, en menor medida en la industria, 15,9% (cuadro 6.2). Dado que este efecto mide las necesidades de suministros de una actividad fundamentalmente de servicios, el mayor arrastre se ha vinculado a los sectores de servicios de apoyo. Por eso los principales impactos se concretan en el sector actividades profesionales, que recoge los servicios a empresas, con casi el 20% del total, seguido del comercio, las actividades inmobiliarias y las actividades financieras. Estos cuatro sectores absorben casi el 50% del efecto generado.

49 La correspondencia entre la agrupación utilizada en el análisis y la sectorización de la tabla simétrica del MIOAN 2010 se recoge en el anexo a este capítulo en cuadro A.6.5

Cuadro 6.2. VAB por sectores de actividad. Efecto Indirecto

	VAB Indirecto	%
Agrario	6.947	3,4%
Industria	32.729	15,9%
Industria Extactiva	133	0,1%
Industria Manufacturera	15.457	7,5%
Industria Energía y Agua	17.139	8,3%
Construcción	11.118	5,4%
Servicios	155.252	75,3%
Comercio	20.576	10,0%
Trasporte y almacenamiento	10.533	5,1%
Hostelería	10.870	5,3%
Información y comunicaciones	15.581	7,6%
Actividades financieras y de seguros	16.463	8,0%
Actividades Inmobiliarias	18.136	8,8%
Actividades Profesionales, científicas y Técnicas; administrativas	40.750	19,8%
Administración Pública, Sanidad y Educación	13.983	6,8%
Servicios Sociales	2.694	1,3%
Otros servicios	5.666	2,7%
Total	206.046	100,0%

FUENTE: Elaboración propia

Los servicios sociales en este caso tienen una importancia casi marginal ya que es un sector volcado a la demanda final y no genera cadena de valor adicional.

En síntesis los impactos sectoriales de los efectos indirectos reflejan el perfil de sectores suministradores de actividades de servicios orientados a la demanda final. Esta concentración se ve atenuada porque parte del gasto en dependencia se haya vehiculado al consumo y, por lo tanto, difuminado por el conjunto de sectores.

Fruto de este perfil sectorial, la distribución del PIB por componentes de demanda, a diferencia del efecto directo, equilibra el peso de la remuneración de asalariados y el excedente bruto de explotación/rentas mixtas, seguramente porque el perfil de los sectores de servicios a empresas presenta una alta proporción de trabajadores autónomos.

Para completar el análisis el cuadro 6.3. recoge el impacto en las principales variables agregadas tanto del efecto indirecto, como de la suma del directo y el indirecto, es decir los generados por el efecto multiplicador de tipo I o tecnológico.

En primer lugar hay que señalar que el efecto indirecto aporta un 0,15 % del PIB y si se considera el conjunto de los efectos directos e indirectos el impacto es de prácticamente de un 0,7 del PIB. Es decir, el impacto del gasto en dependencia por su impacto directo y por el arrastre del resto de sectores está generando un volumen de actividad muy significativo.

Cuadro 6.3. Cuadro Macroeconómico. Efecto Indirecto. (Miles de euros)

CUADRO MACROECONÓMICO 2014					
	2014	Impacto Indirecto	Dif. (%)	Impacto Directo e Indirecto	Dif. (%)
HIPÓTESIS DE DEMANDA					
Gasto en Consumo final regional	133.337.871	1.190.712	0,89%	1.190.712	0,89%
Formación bruta de capital	24.379.856	0	0,00%	0	0,00%
DEMANDA REGIONAL	157.717.727	1.190.712	0,75%	1.190.712	0,75%
Exportación de bienes y servicios (FOB)	63.576.881	0	0,00%	0	0,00%
IMPACTO EN LA IMPORTACIÓN					
Importación de bienes y servicios (CIF)	75.542.270	66.437	0,09%	226.177	0,30%
SALDO EXTERIOR	-11.965.389	-66.437	0,56%	-226.177	1,89%
IMPACTO EN LA OFERTA					
VAB a precios básicos	131.136.235	206.046	0,16%	948.569	0,72%
VAB de las ramas primarias	6.022.025	6.947	0,12%	10.839	0,18%
VAB de las ramas industriales	16.182.404	32.729	0,20%	46.230	0,29%
VAB de la construcción	7.955.190	11.118	0,14%	16.558	0,21%
VAB de las ramas de servicios	100.976.616	155.252	0,15%	874.941	0,87%
Impuestos netos sobre los productos	14.616.103	5.470	0,04%	43.344	0,30%
PIB a precios de mercado	145.752.338	211.516	0,15%	991.913	0,68%
RENTA					
Remuneración de asalariados	64.238.356	103.968	0,16%	656.128	1,02%
Excedente bruto de explotación/ Rentas mixtas	66.329.693	102.642	0,15%	307.150	0,46%
Impuestos netos sobre la producción e importaciones	15.184.289	4.907	0,03%	28.635	0,19%
PIB a precios de mercado	145.752.338	211.516	0,15%	991.913	0,68%

FUENTE: Elaboración propia

La importancia del efecto indirecto es que su aportación, aunque pequeña, es relativamente más importante en el primario, en el industrial y en la construcción, con una aportación en torno a los dos tercios del total. Es decir, si no se tuviera en cuenta a la hora de valorar la importancia de la dependencia este efecto se estaría obviando la capacidad de arrastre en el resto de sectores al margen de su influencia en la actividad del sector servicios.

Por último, es conveniente destacar un rasgo que no por esperado y lógico debe desdeñarse y es que el impacto diferencial que el conjunto de estos efectos tienen sobre la remuneración de asalariados, representa algo más del 1% frente al 0,7% global al PIB. Es decir es un importante generador de rentas salariales porque, como veremos en el epígrafe siguiente, es un importante generador de empleo. Siendo así es relevante valorar el impacto inducido que genera `la renta que se deriva hacia las familias, especialmente salariales.

6.2.3. Impacto inducido

El conjunto de los impactos directos e indirectos generan un conjunto de rentas para las familias, a su vez, activan una cadena de relaciones interindustriales para abastecer el incremento de consumo asociado a ellas. De este modo se produce un efecto multiplicador, obtenido a través de la inversa de Leontief ampliada que calcula los multiplicadores tipo II, ya que es capaz de cuantificar los efectos directos, indirectos e inducidos de la demanda asociada al gasto en dependencia, una vez que se ha endogeneizado el consumo de las familias como si se tratara de un sector adicional dentro de la matriz de relaciones interindustriales.

Como refleja el gráfico 6.15. la demanda de 1.136,5 millones de euros genera, directa e indirectamente gracias a un multiplicador de 1,77, 2.016,9 millones de euros de producción interior.

Gráfico 6.15. Multiplicador de tipo II de la Producción



FUENTE: Elaboración propia

En el caso del VAB el multiplicador se sitúa en el 1,07, lo que supone 1.216,9 millones de euros (gráfico 6.16).

Gráfico 6.16. Multiplicador de tipo II del VAB



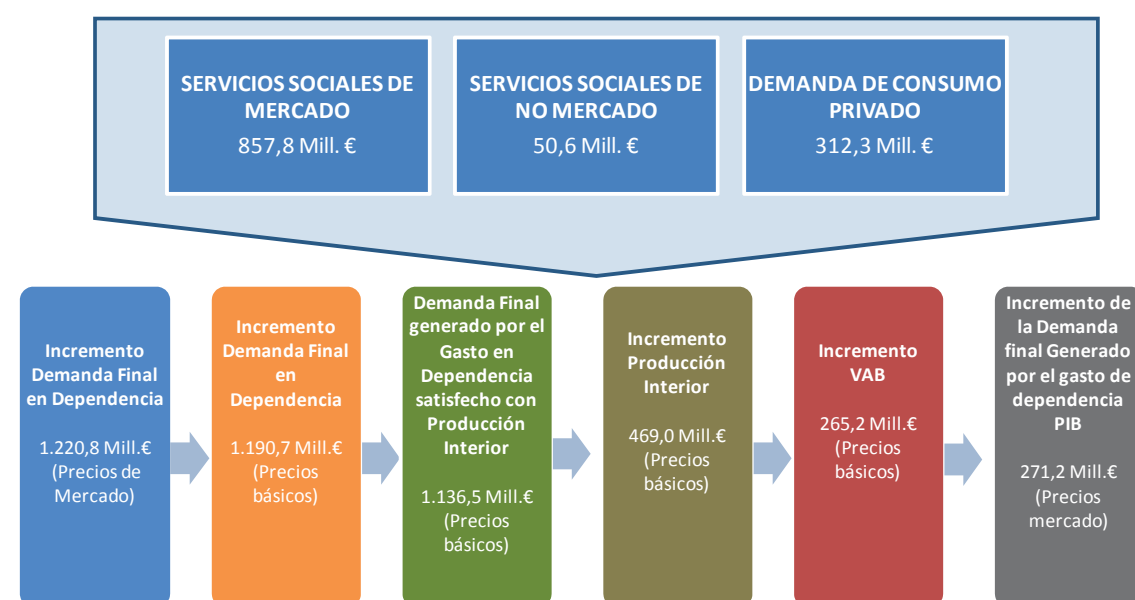
FUENTE: Elaboración propia

Deduciendo de este impacto el calculado antes como efecto directo e indirecto podemos obtener el impacto inducido. El valor de la producción resultado de las sucesivas oleadas de demandas de inputs y las rentas generadas por la producción directa e indirecta alcanza un valor de 469,3 millones de euros, es decir un 30,3% adicional y una cantidad ligeramente superior a la generada por el efecto indirecto.

Por lo que respecta al VAB, el impacto generado supone 265,2 millones de euros, un 28% más, y 271,5 millones de euros más de PIB, un 27,3% (gráfico 6.17).

Al igual que se ha comentado anteriormente en el caso del efecto indirecto, la diferencia entre el incremento de la producción y del VAB sigue apuntando a la misma conclusión: la distribución de efectos entre todos los sectores reduce la contribución a generar VAB en la medida que ya intervienen todo tipo de sectores, con más o menos productividad, y más o menos intensivos en mano de obra, la proporción de VAB, aunque superior en 6 puntos al caso del efecto indirecto, sigue siendo muy inferior a la generada por el efecto directo. Si tenemos en cuenta ambos efectos, indirecto e inducido la producción ha aumentado un 77%, y el VAB un 63%. Por su parte el PIB se ha incrementado en un 61%.

Gráfico 6.17. Efectos Económicos del Gasto en Dependencia en Andalucía en el Marco de las Tablas Input-Output de Andalucía. Efecto Inducido



FUENTE: Elaboración propia

Desde el punto de vista sectorial este efecto, sobre el VAB se concentra en los servicios en un 86%- casi 10 puntos más que el efecto indirecto- y en la industria en un 9,1 % mientras que el sector primario y la construcción pasan a ser marginales (cuadro.6.4). Esto es lógico si tenemos en cuenta que el consumo regional es en un 73% de servicios y el impulso proviene precisamente del consumo asociado a las rentas percibidas por los hogares.

Los principales impactos se concretan en aquellos sectores que más peso tienen en el consumo de las familias: las actividades inmobiliarias, con el 24,4%, fruto de la contabilización en este sector de los alquileres imputados a los propietarios de viviendas⁵⁰, el comercio con un 18,9%, y la hostelería, 11,2%. Estos tres sectores representan casi el 55% por ciento del impacto. Si se le añaden otros servicios y las actividades financieras, estos cinco sectores absorben más de los dos tercios de los impactos inducidos. Siendo así, se puede afirmar que existe una correlación evidente entre la distribución sectorial del efecto inducido y la del consumo regional, aunque con un mayor peso de los servicios, paralelo a la menor participación de la industria.

Cuadro 6.4. VAB por sectores de actividad. Efecto Inducido

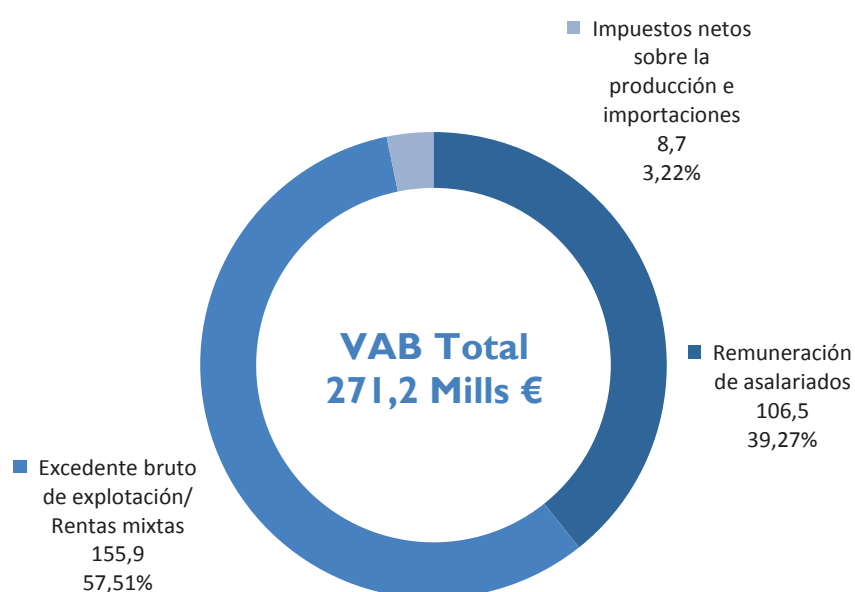
	VAB Inducido	%
Agrario	6.273	2,4%
Industria	24.032	9,1%
Industria Extactiva	92	0,0%
Industria Manufacturera	12.727	4,8%
Industria Energía y Agua	11.213	4,2%
Construcción	6.802	2,6%
Servicios	228.085	86,0%
Comercio	50.080	18,9%
Trasporte y almacenamiento	8.186	3,1%
Hostelería	29.826	11,2%
Información y comunicaciones	8.923	3,4%
Actividades financieras y de seguros	16.504	6,2%
Actividades Inmobiliarias	64.737	24,4%
Actividades Profesionales, científicas y Técnicas; administrativas	13.592	5,1%
Administración Pública, Sanidad y Educación	13.791	5,2%
Servicios Sociales	2.080	0,8%
Otros servicios	20.366	7,7%
Total	265.192	100,0%

FUENTE: Elaboración propia

⁵⁰ Una exigencia que plantea el sec-95 es que las actividades inmobiliarias reciban un tratamiento especial ya que se han de contabilizar la producción de servicios de alquiler de las viviendas ocupadas por sus propietarios. Es decir, se ha de asignar una producción a los propietarios que ocupan sus viviendas equivalentes al alquiler que no están pagando al ser de su propiedad.

En la distribución del PIB por componentes de la demanda (gráfico 6.18.), a diferencia del efecto indirecto, tiene un mayor peso el excedente bruto de explotación/rentas mixtas, en gran parte por el peso de las rentas mixtas como es el caso de las actividades inmobiliarias, como consecuencia de considerar dentro de este sector los alquileres imputados a los propietarios.

Gráfico 6.18. Distribución del VAB por componentes de la demanda. Efecto Inducido



FUENTE: Elaboración propia

Este análisis de los efectos inducidos se completa tomando en consideración su impacto en los principales agregados que figuran en el cuadro 6.5., donde se recoge junto al impacto inducido, los efectos directo e indirecto de forma acumulada, y el efecto total. Sin perjuicio de que en el epígrafe siguiente profundicemos en el global de los impactos, comparando la aportación de cada uno al efecto total, conviene señalar aquí que el efecto inducido genera casi un 0,2 % del PIB, lo cual no deja de ser una cifra muy significativa dadas las magnitudes de gasto que se están manejando lo que representa casi la cuarta parte del efecto total, valor superior al que presenta el efecto indirecto. Ese hecho se mantiene en los distintos agregados. No obstante, si se analiza la aportación al VAB de cada uno de los sectores, la aportación del efecto

inducido es menor en todos al efecto indirecto, lo cual se explica por el distinto estímulo del que son resultado, uno, el indirecto, que podríamos denominar de *suministro*, y el otro, el inducido, de *consumo*.

Cuadro 6.5. Cuadro Macroeconómico. Efecto Inducido (Miles de euros)

CUADRO MACROECONÓMICO 2014							
	2014	Impacto Inducido	Dif. (%)	Impacto Directo e Indirecto	Dif. (%)	Impacto Total	Dif. (%)
HIPÓTESIS DE DEMANDA							
Gasto en Consumo final regional	133.337.871	1.190.712	0,89%	1.190.712	0,89%	1.190.712	0,89%
Formación bruta de capital	24.379.856	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
DEMANDA REGIONAL	157.717.727	1.190.712	0,75%	1.190.712	0,75%	1.190.712	0,75%
Exportación de bienes y servicios (FOB)	63.576.881	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
IMPACTO EN LA IMPORTACIÓN							
Importación de bienes y servicios (CIF)	75.542.270	57.189	0,08%	226.177	0,30%	283.366	0,38%
SALDO EXTERIOR	-11.965.389	-57.189	0,48%	-226.177	1,89%	-283.366	2,37%
IMPACTO EN LA OFERTA							
VAB a precios básicos	131.136.235	265.192	0,20%	948.569	0,72%	1.213.761	0,93%
VAB de las ramas primarias	6.022.025	6.273	0,10%	10.839	0,18%	17.112	0,28%
VAB de las ramas industriales	16.182.404	24.032	0,15%	46.230	0,29%	70.263	0,43%
VAB de la construcción	7.955.190	6.802	0,09%	16.558	0,21%	23.360	0,29%
VAB de las ramas de servicios	100.976.616	228.085	0,23%	874.941	0,87%	1.103.026	1,09%
Impuestos netos sobre los productos	14.616.103	5.984	0,04%	43.344	0,30%	49.327	0,34%
PIB a precios de mercado	145.752.338	271.175	0,19%	991.913	0,68%	1.263.088	0,87%
RENTA							
Remuneración de asalariados	64.238.356	106.495	0,17%	656.128	1,02%	762.622	1,19%
Excedente bruto de explotación/ Rentas mixtas	66.329.693	155.943	0,24%	307.150	0,46%	463.093	0,70%
Impuestos netos sobre la producción e importaciones	15.184.289	8.737	0,06%	28.635	0,19%	37.372	0,25%
PIB a precios de mercado	145.752.338	271.175	0,19%	991.913	0,68%	1.263.088	0,87%

FUENTE: Elaboración propia

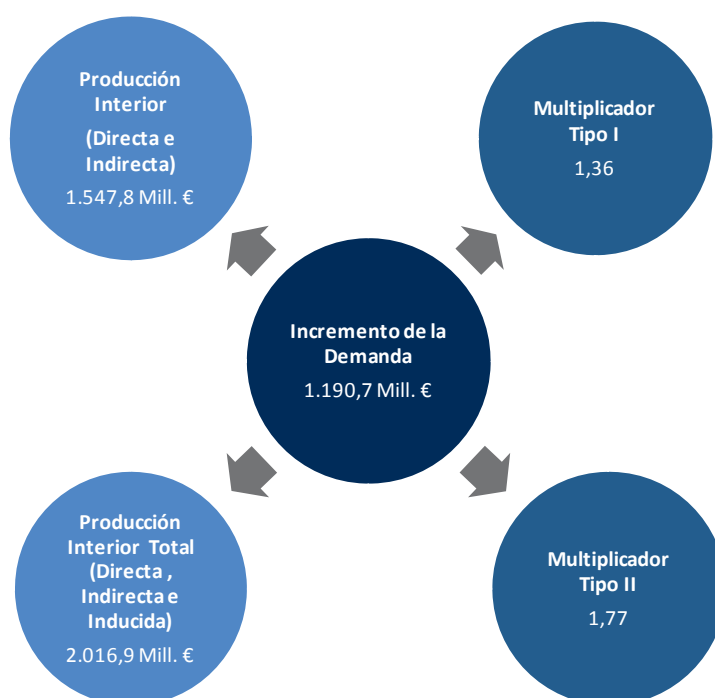
Asimismo, si analizamos la contribución del efecto inducido a cada uno de los componentes del PIB por la vía de la demanda y lo comparamos con el efecto indirecto, podemos observar cómo, a diferencia de éste, el efecto inducido tiene una aportación menor en el caso de la remuneración de asalariados y mayor en los excedentes/rentas mixtas.

Después de este análisis comparativo, queda reforzada la idea, aún más si cabe, de lo importante que es para analizar el impacto de cualquier actividad, en este caso de la dependencia, tomar en consideración los dos impulsos que antes hemos denominado de *suministro* y de *consumo*, no solo por la aportación global que realizan sino también por el perfil de transmisión y, por tanto, la distribución sectorial de los mismos.

6.2.4. Impacto total

Una vez estudiados los distintos efectos por separado, en este apartado se analiza el efecto total, valorando su dimensión y su impacto sectorial y por componentes de demanda del PIB..

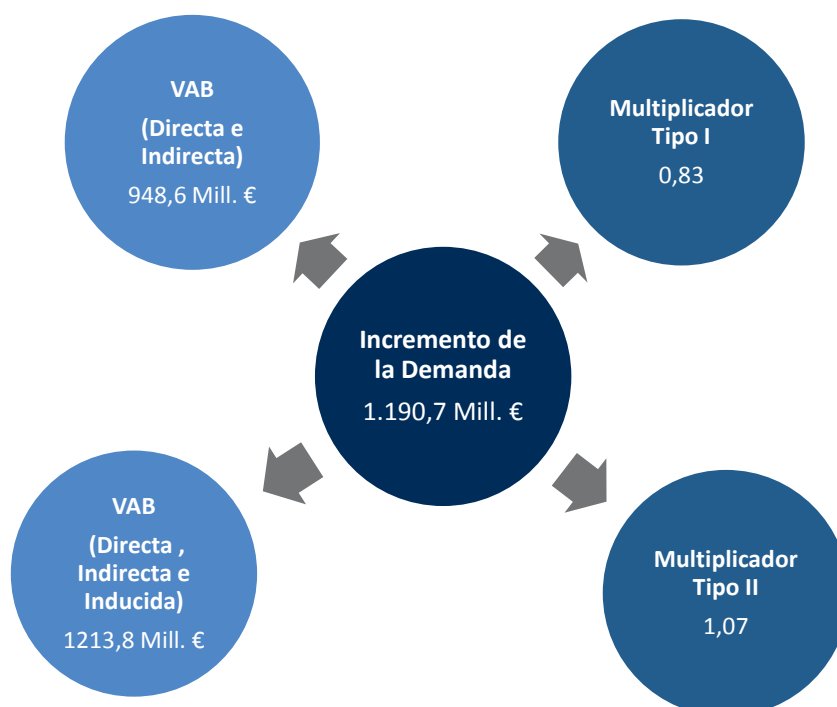
Gráfico 6.19. Efecto Total Multiplicador de la Producción de tipo I y II



FUENTE: Elaboración propia

En primer lugar hay que señalar el importante efecto multiplicador que tiene el gasto asociado a las prestaciones y servicios de la atención a la dependencia, tanto en términos de producción (gráfico 6.19.), como de valor añadido (gráfico 6.20.) Ambos gráficos ofrecen una clara imagen de este efecto multiplicador y cómo se incrementa cuando se incorpora el efecto inducido.

Gráfico 6.20. Efecto Total Multiplicador del VAB de tipo I y II



FUENTE: Elaboración propia

Los 2.016,9 millones de euros de producción interior y los 1.213,8 de PIB ponen de manifiesto la importancia del efecto que tiene el gasto en dependencia y cómo la utilización de multiplicadores tipo II mejora el conocimiento de este efecto. Basta con comparar los multiplicadores Tipo I y II para comprobar el fuerte incremento que

sufren las estimaciones cuando se utiliza el segundo y la importante infravaloración del verdadero impacto al haberlo soslayado.

De esta manera, la primera conclusión que puede extraerse es que la atención a la dependencia genera más valor añadido en la economía que el propio impulso de demanda que supone. Hay que tener en cuenta para valorar en su justa medida estas magnitudes que, a tratarse de una economía abierta, se produce una fuga de actividad cifrada 283,7 millones de euros vía importaciones⁵¹. Estos 283,7 millones suponen un 22% de la producción interior generada.

El gráfico 6.21. sintetiza el proceso de generación de actividad y renta que se produce en los distintos sectores. Así, puede observarse cómo los tres grupos de demandas a los se ha imputado el gasto, por un importe de 1.314 millones de euros, generan una demanda satisfecha con producción interior de 1.136,5 millones, lo que termina generando 1.263,1 millones de PIB, casi el 0,9 % del PIB de Andalucía.

Gráfico 6.21. Efectos Económicos del Gasto en Dependencia en Andalucía en el Marco de las Tablas Input-Output de Andalucía. Efecto Total

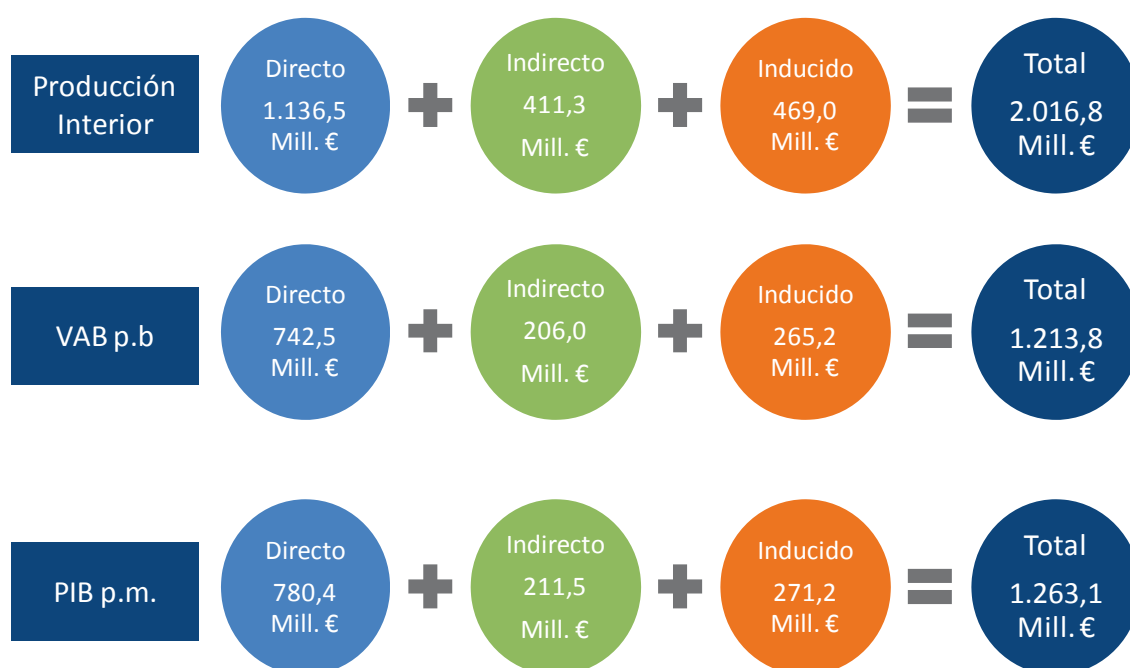


FUENTE: Elaboración propia

⁵¹ No se aborda un estudio de específico de la fuga de actividad en la medida en que ésta depende de las características estructurales de la economía andaluza, es decir, qué sectores son más importadores, y no específicamente de la dependencia.

Si analizamos cuánto han aportado los distintos efectos a las principales macromagnitudes, podemos observar cómo tanto en producción, como en VAB, como en PIB, el efecto directo es el más intenso (gráfico 6.22.) También puede observarse que el efecto inducido es mayor que el indirecto, lo que supone que tienen más efecto impulsor las rentas percibidas por las familias que las necesidades productivas para atender a la demanda derivada del gasto en dependencia.

Gráfico 6.22. Efectos Económicos desagregados del Gasto en Dependencia en Andalucía en el Marco de las Tablas Input-Output de Andalucía



FUENTE: Elaboración propia

Respecto a la distribución sectorial de efectos, el cuadro 6.6. recoge cómo se reparten los distintos efectos y el total entre las distintas actividades. Como es lógico la mayoría de los efectos se concentran en los servicios, con casi el 91% del VAB generado, llegando al 98% en el caso del efecto directo..

Los encadenamientos productivos que se producen como consecuencia de la demanda derivada de la atención a la dependencia son sobre todo de servicios, porque:

- son servicios los que satisfacen directamente la demanda final,

- porque son servicios los principales inputs que abastecen a los anteriores,
- y porque el consumo, como se ha señalado, es fundamentalmente un consumo de servicios.

Cuadro 6.6. VAB por sectores de actividad. Efecto Inducido

	VAB Directo		VAB Indirecto		VAB Inducido		VAB Total	
	Miles €	%	Miles €	%	Miles €	%	Miles €	%
Agrario	3.892	0,5%	6.947	3,4%	6.273	2,4%	17.112	1,4%
Industria	13.502	1,8%	32.729	15,9%	24.032	9,1%	70.263	5,8%
Industria Extractiva	138	0,0%	133	0,1%	92	0,0%	363	0,0%
Industria Manufacturera	7.537	1,0%	15.457	7,5%	12.727	4,8%	35.721	2,9%
Industria Energía y Agua	5.827	0,8%	17.139	8,3%	11.213	4,2%	34.179	2,8%
Construcción	5.441	0,7%	11.118	5,4%	6.802	2,6%	23.360	1,9%
Servicios	719.689	96,9%	155.252	75,3%	228.085	86,0%	1.103.026	90,9%
Comercio	33.748	4,5%	20.576	10,0%	50.080	18,9%	104.403	8,6%
Transporte y almacenamiento	4.222	0,6%	10.533	5,1%	8.186	3,1%	22.941	1,9%
Hostelería	28.898	3,9%	10.870	5,3%	29.826	11,2%	69.594	5,7%
Información y comunicaciones	4.514	0,6%	15.581	7,6%	8.923	3,4%	29.018	2,4%
Actividades financieras y de seguros	6.395	0,9%	16.463	8,0%	16.504	6,2%	39.362	3,2%
Actividades Inmobiliarias	42.301	5,7%	18.136	8,8%	64.737	24,4%	125.174	10,3%
Actividades Profesionales, científicas y Técnicas; administrativas	4.647	0,6%	40.750	19,8%	13.592	5,1%	58.990	4,9%
Administración Pública, Sanidad y Educación	16.738	2,3%	13.983	6,8%	13.791	5,2%	44.512	3,7%
Servicios Sociales	563.859	75,9%	2.694	1,3%	2.080	0,8%	568.632	46,8%
Otros servicios	14.368	1,9%	5.666	2,7%	20.366	7,7%	40.400	3,3%
Total	742.523	100,0%	206.046	100,0%	265.192	100,0%	1.213.761	100,0%

FUENTE: Elaboración propia

Partiendo del importante peso de sectores como el de actividades sociales, muy intensivo en mano de obra, y, por tanto, con menor demanda relativa de inputs intermedios y teniendo en cuenta que el grueso de los requerimientos de inputs también se concentra en sectores de servicios intensivos en empleo, lo lógico es que los efectos multiplicadores en los otros grandes sectores de actividad sean bajos.

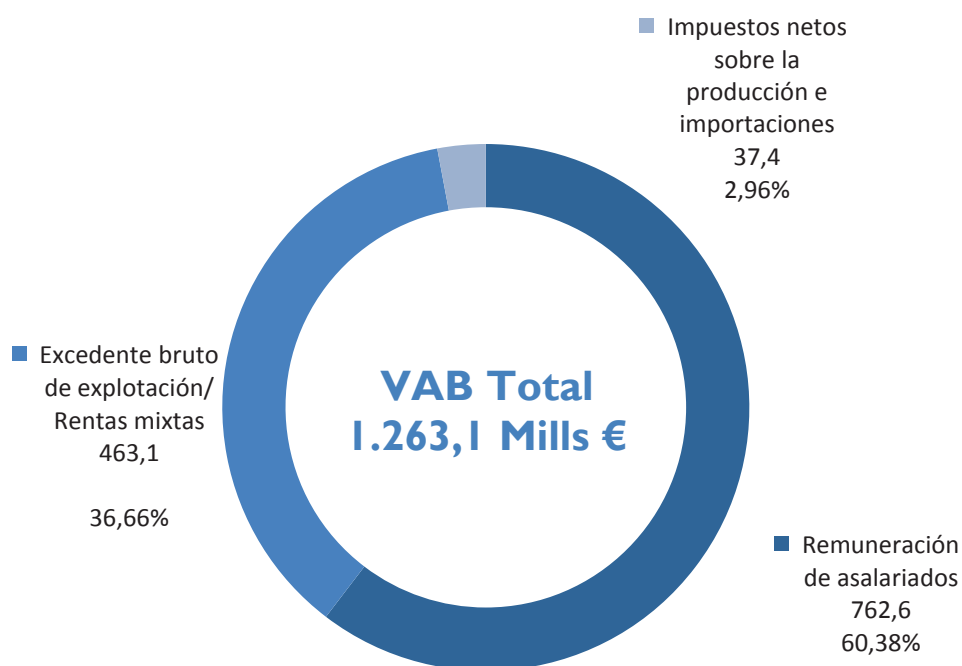
No estamos ante actividades asimilables a la construcción o la industria con gran capacidad de arrastre sobre el resto de sectores. De hecho, el 40% de las importaciones, tanto las que abastecen directamente a la demanda final como las de inputs intermedios, corresponden al sector industrial que es el que más efectos multiplicadores ejerce.

En cuanto al peso de los servicios, los sociales suponen casi el 50% del impacto, del que el 98% es atribuible al efecto directo. Le siguen en importancia, las *actividades inmobiliarias*, por las causas ya comentadas, con un 10%, -en más de un 50%

atribuibles al efecto inducido-, el comercio con el 8,6%, fundamentalmente por los efectos de arrastre indirecto e inducido, la hostelería con un 5,7%, atribuible al impacto directo e indirecto y las actividades profesionales, como consecuencia del efecto indirecto. Esas cinco actividades concentran el 70% de la generación de VAB total.

Respecto de la distribución del PIB, más del 60% corresponde a la remuneración de asalariados, diez puntos más que la media andaluza, lo que se explica por el fuerte peso de sectores intensivos en el empleo (gráfico 6.23.)

Gráfico 6.23. Distribución del PIB por componentes de la demanda. Efecto Total

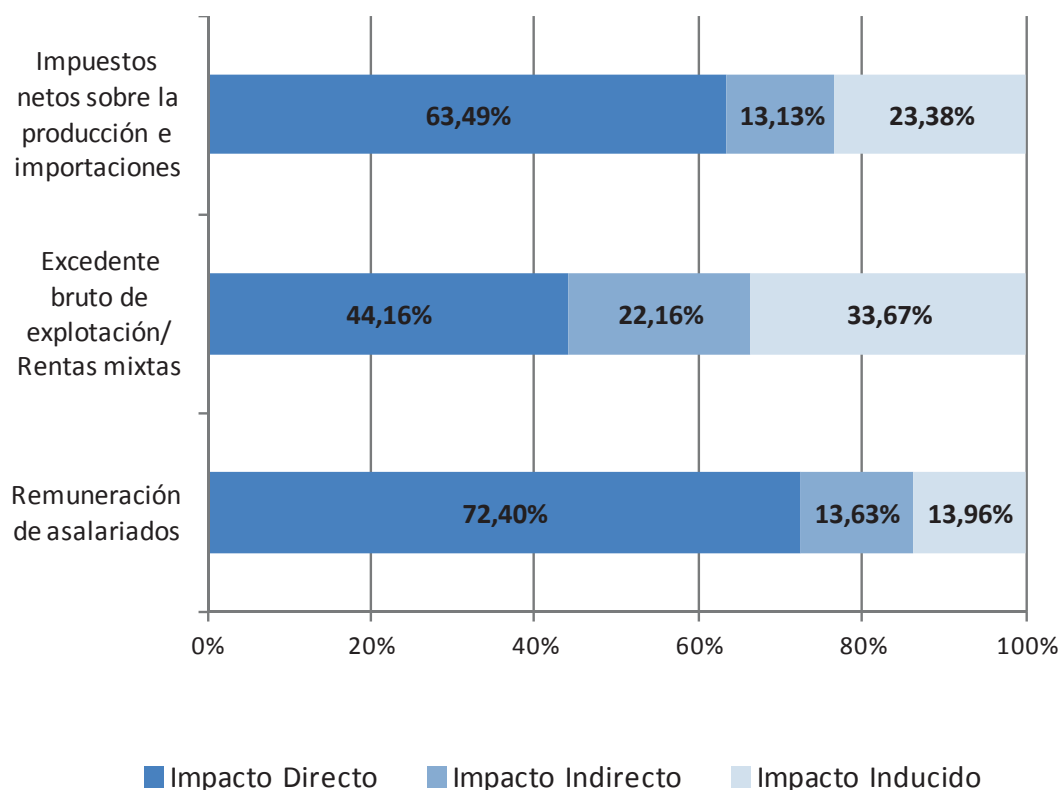


FUENTE: Elaboración propia

En cuanto a la aportación que realiza cada efecto a los distintos componentes (gráfico 6.24.), el grueso de la remuneración de asalariados la aporta el efecto directo, tanto por su participación en el total como por el peso diferencial que tiene en el efecto directo este componente en relación con el resto de efectos. En cuando al excedente

de explotación no está tan concentrado, con aportaciones de los efectos indirectos e inducidos muy por encima de su peso en el conjunto del PIB.

Gráfico 6.24. Distribución del VAB por componentes de la demanda y por efecto



FUENTE: Elaboración propia

Por último, el cuadro macroeconómico recoge el impacto del efecto total sobre los principales agregados y el peso de cada uno de los efectos, lo que permite visualizar de forma sintética, no sólo los principales resultados sino también el proceso de acumulación de efectos (cuadro 6.7).

Lo primero a destacar, de nuevo, es el significativo impacto que tiene la demanda impulsada por gasto en dependencia, casi un 0,9% del PIB, más de 1.263 millones de euros, cifra superior a la demanda inicial, no solo satisfecha con producción valorada a precios básicos, sino también la valorada a precios de adquisición.

Esto evidencia el efecto multiplicador del gasto en dependencia: en 2014 se aporta más a la riqueza de Andalucía que lo que entra en el sistema. No hay que olvidar que

una cantidad significativa el gasto total, un 7 % del total, no se incorpora al sistema puesto que las familias lo ahorran.

Cuadro 6.7. Cuadro Macroeconómico. Efecto Total (Miles de euros)

	2014	Impacto Directo	Impacto Directo (%)	Impacto Indirecto (%)	Impacto Inducido (%)	Impacto Total	Dif. (%)
HIPÓTESIS DE DEMANDA							
Gasto en Consumo final regional	133.337.871	1.190.712	100,00%	100,00%	100,00%	1.190.712	0,89%
DEMANDA REGIONAL	157.717.727	1.190.712	100,00%	100,00%	102,30%	1.190.712	0,75%
Exportación de bienes y servicios (FOB)	63.576.881	0	0,00%	0,00%	0,00%	0	0,00%
IMPACTO EN LA IMPORTACIÓN							
Importación de bienes y servicios (CIF)	75.542.270	159.740	56,37%	23,45%	20,18%	283.366	0,38%
SALDO EXTERIOR	-11.965.389	-159.740	56,37%	23,45%	20,18%	-283.366	2,37%
IMPACTO EN LA OFERTA							
VAB a precios básicos	131.136.235	742.523	61,18%	16,98%	21,85%	1.213.761	0,93%
VAB de las ramas primarias	6.022.025	3.892	22,75%	40,60%	36,66%	17.112	0,28%
VAB de las ramas industriales	16.182.404	13.502	19,22%	46,58%	34,20%	70.263	0,43%
VAB de la construcción	7.955.190	5.441	23,29%	47,59%	29,12%	23.360	0,29%
VAB de las ramas de servicios	100.976.616	719.689	65,25%	14,08%	20,68%	1.103.026	1,09%
Impuestos netos sobre los productos	14.616.103	37.873	76,78%	11,09%	12,13%	49.327	0,34%
PIB a precios de mercado	145.752.338	780.397	61,78%	16,75%	21,47%	1.263.088	0,87%
RENTA							
Remuneración de asalariados	64.238.356	552.160	72,40%	13,63%	13,96%	762.622	1,19%
Excedente bruto de explotación/ Rentas mixtas	66.329.693	204.508	44,16%	22,16%	33,67%	463.093	0,70%
Impuestos netos sobre la producción e importaciones	15.184.289	23.728	63,49%	13,13%	23,38%	37.372	0,25%
PIB a precios de mercado	145.752.338	780.397	61,78%	16,75%	21,47%	1.263.088	0,87%

FUENTE: Elaboración propia

Aunque el PIB generado es ligeramente inferior al gasto total, algo más del 96%, si se relaciona directamente con el gasto público el PIB generado es un 13% superior. Esto significa que además de su rentabilidad social, el gasto en dependencia es un gasto rentable económicamente pues genera más actividad que el coste que supone.

Siendo así la hipótesis nuclear de este trabajo queda confirmada por los datos. El cambio de enfoque para considerar este gasto como una verdadera inversión queda despejado al menos parcialmente, pendiente de corroborar su impacto a la largo plazo por la mejora en la oferta de la economía vía capital humano como señala el

paradigma emergente del Estado del Bienestar. No olvidemos la centralidad que ocupa en este nuevo paradigma emergente la conciliación de la vida familiar y laboral y la importancia que los sistemas de Cuidado de Larga Duración juegan en ella.

No es lo mismo abordar el desarrollo de un sistema más formalizado de atención a los dependientes en el contexto de un fortísimo aumento de la demanda, desde la perspectiva de que genera más actividad que esfuerzo de gasto supone que lo contrario. Desgraciadamente, si bien se ha generalizado la práctica de realizar estimaciones de impacto de la totalidad de eventos y de un buen número de decisiones sobre infraestructuras, ésta no se ha trasladado a la evaluación de las políticas sociales, por lo que es difícil realizar comparaciones sobre la contribución de una u otra a decisión de gasto.

La falta de datos comparados sobre este ámbito impide que políticas como la atención a personas dependientes dejen de ser los hermanos pobres del discurso sobre la rentabilidad, contribuyendo sin duda a que persista el enfoque de la antigua beneficencia en la forma que se aborda el debate público.

Además de esta conclusión general de gran transcendencia los datos revelan:

- la importancia de los efectos inducidos e indirectos: el 40% del PIB generado.
- Por sectores, la mayor aportación la realiza el sector servicios: 1,09 %.
- Se pone de manifiesto un efecto indirecto significativo del sector industrial , poniendo de manifiesto una significativa capacidad de arrastre hacia este sector.
- La contribución más significativa se produce en la remuneración de asalariados que supone el 1,2% del conjunto de la economía andaluza, lo que augura como veremos a continuación una fuerte creación de empleo.

Para concluir, los datos muestran la importancia del gasto en atención a las personas dependiente y su efecto multiplicador sobre la economía, concusión fundamental para la tesis defendida en este trabajo lo que refuerza el cambio de concepción del gasto social hacia su consideración como inversión.

6.3. Estimación del impacto en el empleo

Si el impacto en términos de actividad económica y riqueza es importante para valorar los efectos del sistema público de atención a la dependencia, su contribución a la creación de empleo resulta crucial, sobre todo para una comunidad autónoma que como Andalucía tiene que tiene un alto nivel de desempleo.

Ya se hizo una primera aproximación a la capacidad de creación de puestos de trabajo de los Cuidados de Larga Duración al calcular el número de personas ocupadas generado al trasladar de informales a formales una parte de los empleos dedicados a cuidados (Cuadro 4.7.). poniéndose de manifiesto el enorme potencial de creación de empleo que tiene la atención a la dependencia.

Ahora se aborda el análisis de su impacto a partir del gasto realizado. Dada la importancia de la cuestión se han realizado dos estimaciones por métodos y alcances diferentes.

El primero se basa en la metodología Input-Output y los correspondientes multiplicadores de Tipo I y II utilizados para calcular el impacto sobre la actividad económica. De este modo, se obtiene, no solo el empleo generado directamente, total y a tiempo completo, sino también el resultado de los dos efectos que provoca la demanda directa, el indirecto y el inducido.

La otra estimación no se realiza través del cálculo del gasto sino mediante fuentes de actividad, por lo que queda limitada al empleo directo vinculado a las instituciones de atención, sean residenciales o de atención diurna (SARM, SARD y UED), y el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD).

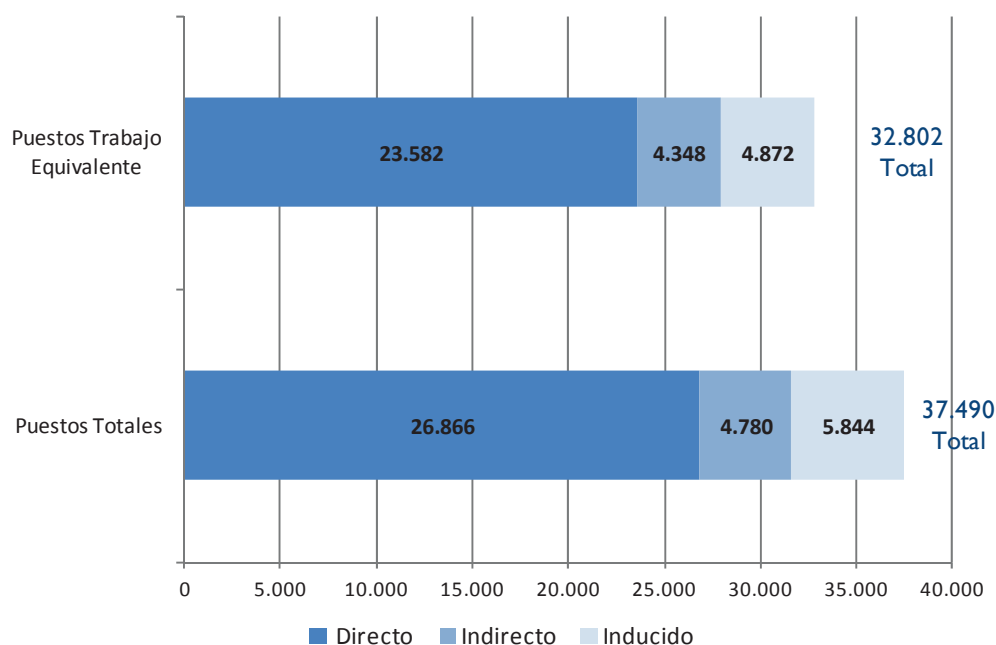
Por último, para abordar el perfil de las personas ocupadas, uno de los temas más debatidos sobre la capacidad de creación de empleo de la atención a la dependencia, , se realizará una aproximación a partir una fuente hasta ahora no utilizada: el análisis de la personas que solicitan la acreditación de competencias adquiridas través de la experiencia laboral o de vías no formales de formación por parte de la Consejería de

Educación de la Junta de Andalucía. Dado que cuando concluya 2015, las personas que trabajen en estos servicios o aspiren a hacerlo deben de estar acreditadas, ésta es una fuente de notable interés para conocer el perfil de las personas que trabajan el sector de la dependencia.

6.3.1. Estimación con el modelo Input-Output

Como hemos señalado, la estimación que realizaremos en primer lugar se apoya en el cálculo del impacto económico del gasto en atención a la dependencia a través del modelo Input-Output. A partir de los ratios sectoriales que ofrece el MIOAN 2010 se obtendrá, el empleo total y el equivalente a tiempo completo. El gráfico 6.25. contiene los datos globales de la estimación y la contribución de los distintos efectos.

Gráfico 6.25. Puestos de Trabajos Totales y a Tiempo Completo Equivalente por Tipos de Impactos



FUENTE: Elaboración propia

La primera cuestión a destacar es su capacidad para crear de empleo, equivalente a 37.490 empleos a tiempo completo, de los que algo más de 9.000 son generados por los efectos indirectos e inducidos, el 28% de la producción inicial. No hay ninguna

actividad industrial dentro de la desagregación del sector industrial del MIOAN 2010 que genere empleo con similar intensidad y es equivalente al empleo del sector financiero en su conjunto.

En cuanto al impacto en los distintos sectores, los cuadros 6.8 y 6.9 recogen la distribución sectorial total y por efectos del empleo total y del equivalente a tiempo completo respectivamente.

En cuanto a los empleos totales, la mayoría de éstos se crean en el sector servicios y particularmente en los servicios sociales que absorben casi dos de cada tres empleos creados. El peso de estos sectores es superior en términos de empleo que actividad económica, ya que, como hemos reiterado, se trata de sectores de baja productividad e intensivos en mano de obra.

El sector industrial apenas supone el 2,7% del empleo generado, en un 85% vinculado a los efectos indirecto e inducido.

Cuadro 6.8. Cuadro Empleo Total por tipos de efecto: Directo, Indirecto, Inducido y Total

	Empleo Total Directo		Empleo Total Indirecto		Empleo Total Inducido		Empleo Total Total	
	Puestos	%	Puestos	%	Puestos	%	Puestos	%
Agrario	62	0,2%	243	5,1%	218	3,7%	524	1,4%
Industria	139	0,5%	480	10,0%	393	6,7%	1.011	2,7%
Industria Extactiva	0	0,0%	2	0,0%	1	0,0%	3	0,0%
Industria Manufacturera	100	0,4%	347	7,3%	303	5,2%	750	2,0%
Industria Energía y Agua	39	0,1%	131	2,7%	89	1,5%	259	0,7%
Construcción	16	0,1%	202	4,2%	114	2,0%	333	0,9%
Servicios	26.649	99,2%	3.855	80,6%	5.118	87,6%	35.622	95,0%
Comercio	971	3,6%	612	12,8%	1.665	28,5%	3.247	8,7%
Trasporte y almacenamiento	72	0,3%	282	5,9%	212	3,6%	566	1,5%
Hostelería	592	2,2%	236	4,9%	690	11,8%	1.517	4,0%
Información y comunicaciones	22	0,1%	168	3,5%	63	1,1%	253	0,7%
Actividades financieras y de seguros	50	0,2%	162	3,4%	176	3,0%	388	1,0%
Actividades Inmobiliarias	68	0,3%	33	0,7%	118	2,0%	219	0,6%
Actividades Profesionales, científicas y Técnicas; administrativas	54	0,2%	1.738	36,4%	492	8,4%	2.285	6,1%
Administración Pública, Sanidad y Educación	171	0,6%	299	6,3%	299	5,1%	769	2,1%
Servicios Sociales	23.837	88,7%	116	2,4%	85	1,5%	24.038	64,1%
Otros servicios	813	3,0%	207	4,3%	1.318	22,6%	2.339	6,2%
Total	26.866	100,0%	4.780	100,0%	5.844	100,0%	37.490	100,0%

FUENTE: Elaboración propia

Cuadro 6.9. Cuadro Empleo Total a Tiempo Completo Equivalente por tipos de efecto: Directo, Indirecto, Inducido y Total

	Empleo a Tiempo Completo Equivalente Directo		Empleo a Tiempo Completo Equivalente Indirecto		Empleo a Tiempo Completo Equivalente Inducido		Empleo a Tiempo Completo Equivalente Total	
	Puestos	%	Puestos	%	Puestos	%	Puestos	%
Agrario	56	0,2%	217	5,0%	196	4,0%	469	1,4%
Industria	133	0,6%	460	10,6%	376	7,7%	968	3,0%
Industria Extractiva	0	0,0%	2	0,0%	1	0,0%	2	0,0%
Industria Manufacturera	95	0,4%	331	7,6%	289	5,9%	716	2,2%
Industria Energía y Agua	37	0,2%	127	2,9%	86	1,8%	250	0,8%
Construcción	15	0,1%	190	4,4%	108	2,2%	314	1,0%
Servicios	23.378	99,1%	3.480	80,0%	4.193	86,1%	31.051	94,7%
Comercio	907	3,8%	575	13,2%	1.557	31,9%	3.039	9,3%
Transporte y almacenamiento	70	0,3%	276	6,3%	207	4,3%	553	1,7%
Hostelería	513	2,2%	211	4,9%	594	12,2%	1.318	4,0%
Información y comunicaciones	21	0,1%	159	3,6%	59	1,2%	239	0,7%
Actividades financieras y de seguros	45	0,2%	149	3,4%	160	3,3%	354	1,1%
Actividades Inmobiliarias	63	0,3%	31	0,7%	109	2,2%	202	0,6%
Actividades Profesionales, científicas y Técnicas; administrativas	50	0,2%	1.524	35,1%	442	9,1%	2.016	6,1%
Administración Pública, Sanidad y Educación	148	0,6%	268	6,2%	260	5,3%	676	2,1%
Servicios Sociales	21.113	89,5%	103	2,4%	75	1,5%	21.292	64,9%
Otros servicios	448	1,9%	184	4,2%	729	15,0%	1.361	4,2%
Total	23.582	100,0%	4.348	100,0%	4.872	100,0%	32.802	100,0%

FUENTE: Elaboración propia

En cuanto al resto de sectores de servicios destacan: el comercio con un 8,7%, generado fundamentalmente por el efecto inducido; otros servicios, con el 6,2%, vinculado mayoritariamente al efecto directo e inducido; las actividades profesionales, con el 6,1%, dos tercios generados por el efecto indirecto; y la hostelería, con el 4%, derivado de efectos directos e inducidos en su mayor parte.

Es de destacar que, a diferencia de lo sucedido en el impacto económico, la importancia del sector de actividades inmobiliarias es marginal, ya que los alquileres imputados a los propietarios de viviendas no generan empleo.

Estos cinco sectores junto con el de servicios sociales suponen el 90% del total del empleo creado.

En cuanto al empleo equivalente los resultados son similares: predominio de los servicios sociales, el comercio, las actividades profesionales y la hostelería.

En síntesis podemos decir que la generación de empleo se produce fundamentalmente en el sector servicios a través del impacto directo, una pequeña parte en la industria a través de los efectos indirectos e inducidos y marginalmente en el resto de sectores.

6.3.2. Estimación con fuentes indirectas

La segunda estimación del empleo se refiere a las actividades directamente vinculadas a los servicios de atención a personas en situación de dependencia.

A continuación se recoge el método utilizado y los resultados obtenidos para calcular el empleo vinculado a las instituciones de atención residencial y a la atención domiciliaria, a los que se añadirá una estimación del empleo de personal dedicado a la gestión y la prestación directa de servicios.

Empleo en las Instituciones de Atención

El cálculo toma como referencia la información suministrada por la ASSDA y la CIPS sobre las plazas propias y concertadas para atención a la dependencia en residencias y servicios de atención diurna.

A partir de esta información se han calculado los requerimientos de empleo por plaza según la Orden ministerial EMP/37/2010 por la que se establecen los criterios y se regula el procedimiento de acreditación de centros de servicios sociales destinados a la atención a personas en situación de dependencia.

Una vez estimadas las horas de trabajo totales a partir del número de plazas, las ratios de personal por plaza y la duración de la jornada establecida por el convenio colectivo aplicable a las personas que desempeñan su trabajo en el ámbito de atención a las personas en situación de dependencia, se estimó el número de empleos a jornada completa.

El cuadro 6.10. recoge el empleo estimado total a tiempo completo para los tres grandes grupos de plazas distribuidos por provincias. En total esta actividad genera

10.760 empleos de los que el 50% son aportados por la atención residencial a personas mayores.

Cuadro 6.10. Cuadro Estimación de Empleo Total, 2014

	SAD		Residencias				Personal Agencia	Total dependencia	
	Empleos a Tiempo completo	Empleo Total (1)	SAR Mayores (2)	SAR Discapacidad	UED (3)	Empleo Total		Empleos a Tiempo completo	Empleo Total (1)
Almería	1.154	1.825	643	129	238	1.010	-	2.164	2.835
Cádiz	1.063	1.777	763	291	519	1.573	-	2.636	3.350
Córdoba	1.582	2.173	770	334	347	1.451	-	3.033	3.624
Granada	1.867	2.136	563	348	435	1.346	-	3.213	3.482
Huelva	1.179	1.734	378	181	132	691	-	1.870	2.425
Jaén	1.443	2.048	665	204	223	1.092	-	2.535	3.140
Málaga	1.454	2.445	735	297	441	1.473	-	2.927	3.918
Sevilla	2.612	3.512	1.108	361	655	2.124	-	4.736	5.636
Sin provincializar (4)	-	-	-	-	-	-	951	951	951
Total	12.351	17.650	5.625	2.145	2.990	10.760	951	24.062	29.361

(1) Estimación realizada con los ratios de jornada real de una empresa representativa del sector

(2) Se incluye los empleos generados por SAR Mayores y SAR Mayores de Centros Propios

(3) Se incluye los EDTO, EDM y EDD

(4) Se ha estimado que Agencia de dependencia dedica a dependencia el 70% del personal empleado, no habiendo sido posible provincializar el mismo, ya que mucho de estos empleos se encuentran en servicios centrales que atienden a toda la comunidad andaluza

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ASSDA.

Su distribución provincial correlaciona bien con la de las personas dependientes, lo cual a su vez está estrechamente relacionada con la población. Las provincias con más empleos son las más pobladas, si bien no existe un ajuste perfecto por el número de personas dependientes existentes y el grado y el tipo de atención que reciben.

Empleo en el Servicio de Atención a Domicilio

En el caso de la atención domiciliaria el cálculo se ha realizado a partir de las horas certificadas por cada municipio mayor de 20.000 habitantes y por las diputaciones provinciales para el resto de municipios. Aplicando la jornada establecida por el convenio laboral de nivel estatal que regula el trabajo en el ámbito de la atención a las personas dependientes a este dato, se ha obtenido el empleo equivalente a tiempo completo.

Para ganar en precisión, finalmente el cálculo se ha realizado municipio a municipio menor de 20.000 habitantes, adoptándose como criterio de reparto el peso de los dependientes atendidas mediante SAD proveniente de la base de datos BDUD 2014.

Para la estimación del empleo total, se aplicó la jornada real media de una empresa representativa el sector al total de horas de atención prestadas. Al igual que en el caso anterior la estimación se realizó a nivel municipal.

El cuadro 6.10. recoge el empleo estimado total y a tiempo completo generado por el Servicio de Atención al Domicilio, distribuido por provincias. Según esta información el SAD genera entre 12.351 y 17.650 empleos. En este caso, como en el anterior, el patrón provincial no dista mucho de la distribución de la población y de las personas en situación de dependencia, aunque en este caso el empleo total se ve afectado por las diferencias registradas en la jornada real entre provincias.

Empleo total en los servicios de atención a la dependencia

En conjunto los servicios de atención a la dependencia generan entre 24.062 y 29.261 empleos, según hablemos de empleos a jornada completa o totales. A esta estimación se le ha de añadir el personal de la Agencia ocupado de la gestión⁵² del sistema.

Si comparamos estos datos con los obtenidos de la estimación impacto directo mediante la metodología Input-Output, observamos que ambas estimaciones están en línea respecto del empleo a tiempo completo, con una diferencia del orden del 10%, pues los 24.062 de esta estimación se corresponde con los 21.318 del efecto directo en los servicios sociales.

Este intervalo sugiere que, de alguna forma, la estimación Input-Output puede estar infravalorando la capacidad de generar empleo en el caso del SAD, donde el peso de las remuneraciones en el total del valor de la producción es muy superior a la del resto de servicios. Siendo así, las ratios estarían sobrevalorando la inversión necesaria para

⁵² La estimación se ha realizado a partir de la relación pública de puestos de trabajo, para la que se ha hecho una estimación por categorías y tipo de puesto sobre su vinculación con la dependencia.

generar un empleo y consecuentemente infraestimando el empleo generado con el volumen de gasto antes calculado⁵³.

La comparación para el caso del empleo total no puede realizarse ya que solo se ha dispuesto de información en el caso del SAD. El empleo total que figura en el cuadro 6.12 sólo incluye el empleo a tiempo completo vinculado a residencias. Ambos datos, los 29.361 de la estimación vía actividad y los 23.113 estimados a partir del efecto directo en el modelo Input-output, por tanto, no son comparables. En este caso se hace más evidente la infravaloración que realiza el modelo input-Output, pues sin disponer de la estimación de empleos totales en el sector de residencias, la diferencia es más abultada.

El argumento esgrimido con anterioridad resulta más pertinente en este caso pues mientras la ratio empleo total/empleo equivalente a tiempo completo en el modelo Input-Output es de 1,13, en la estimación del SAD alcanza el 1,42. Si consideráramos aplicable este último ratio al sector de residencias, los empleo totales ascenderían a 12.158 en este sector y a 30.759 si consideramos ambos y el personal de gestión, lo que da una diferencia de 7.000 empleos.

Como recoge el gráfico 6.26, la diferencia de coste para generar un empleo es muy elevada, más de 40.000 euros en el sector residencial y casi 30.000 en la Unidades de Estancia Diurna, frente a los 16.000 en el SAD, aunque este último dato se refiere a empleo total y no equivalente a tiempo completo. Pero incluso realizando esta aproximación, los 23.196,5 euros de coste por empleo en el SAD siguen estando muy por debajo del coste del resto de servicios, razón por la que el MIOAN 2010 infraestima la capacidad de crear empleo en estas actividades.

Si, para finalizar este análisis, realizamos el ejercicio de tomar, como más probable, la capacidad de generación de empleo directa de la estimación realizada mediante actividad y utilizamos el empleo generado por los efectos indirectos e inducidos

⁵³ Este es uno de los problemas que genera en el hecho de que la sectorización del MIOAN 2010 no diferencie entre actividades de servicios sociales con y sin alojamiento ya que la estructura de costes es significativamente diferente.

calculados en el modelo input- output, entonces la estimación de empleo se situaría entre los 33.282 empleos a tiempo completo y los 41.383 totales. Este volumen de empleo representa dos tercios del empleo que genera el sector industrial más emblemático de Andalucía, el agroalimentario, y el 85% del sector hotelero.

Gráfico 6.26. Cuadro/gráfico Estimación de Inversión por empleo, 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la ASSDA.

6.3.3. Aproximación al perfil de las personas empleadas en el sector de la dependencia a través de las solicitudes de acreditación profesional por experiencia laboral

Una de las cuestiones que más interés y debate ha generado en relación al desarrollo del sistema de atención a la dependencia es el relacionado con el perfil de las personas que encuentran empleo en este sector.

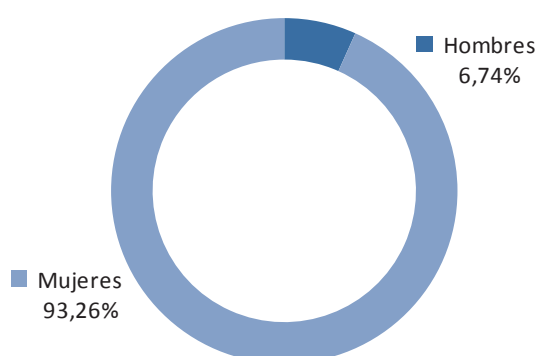
Se suele argumentar, sin base analítica alguna, que el perfil mayoritario de estas personas se corresponde con mujeres de edad media, baja cualificación y escasa o nula experiencia laboral, es decir, con bajas oportunidades de inserción en el mercado laboral. Siendo así, el sistema de atención a personas en situación de dependencia estaría contribuyendo a reducir la bolsa de desempleo constituida por personas con pocas posibilidades encontrar trabajo.

En este apartado realizaremos una aproximación a esta cuestión a partir de una fuente no explorada hasta el momento: el proceso de acreditación de competencias adquiridas través de la experiencia laboral o de vías no formales de formación.

La obligatoriedad de estar acreditado profesionalmente cuando concluya el año 2015 para desempeñar ocupaciones vinculadas a este tipo de servicios implica que las personas que solicitan participar en este proceso representan una muestra significativa a la hora de caracterizar a las personas ocupadas en los servicios a la dependencia.

La información suministrada por el Instituto Andaluz de Cualificaciones Profesionales de la Consejería de Educación de la Junta de Andalucía sobre las solicitudes para participar en el proceso de acreditación correspondiente al año 2014 en los ámbitos de *Atención sociosanitaria a personas en su domicilio* y *Atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales* consta de más de 19.000 registros con datos sobre edad, sexo, municipio de residencia, nivel de estudios y experiencia.

Gráfico 6.27. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Distribución por sexo. 2014

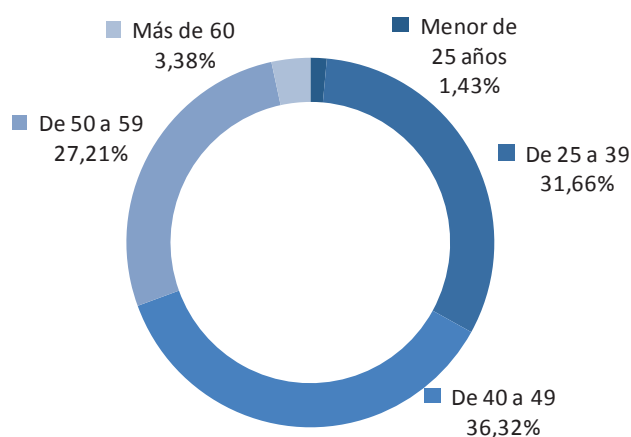


FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Andaluz de Cualificaciones Profesionales.

Del análisis realizado el primer resultado que destaca es el hecho de las mujeres constituyen más del 93% de las solicitantes de acreditación (gráfico 6.27) lo que pone de manifiesto el alto grado de feminización del empleo creado en el sector.

Aunque es posible que exista un cierto grado de distorsión dado que las personas más jóvenes no necesitan acreditación por haber accedido a Formación Profesional Reglada, el análisis de la distribución por edad (gráfico 6.28.) permite afirmar que dos tercios del total de personas solicitantes tienen más de 40 años, el otro tercio corresponde casi en su totalidad a personas entre 25 y 39 años.

Gráfico 6.28. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Distribución por intervalos de edad.2014

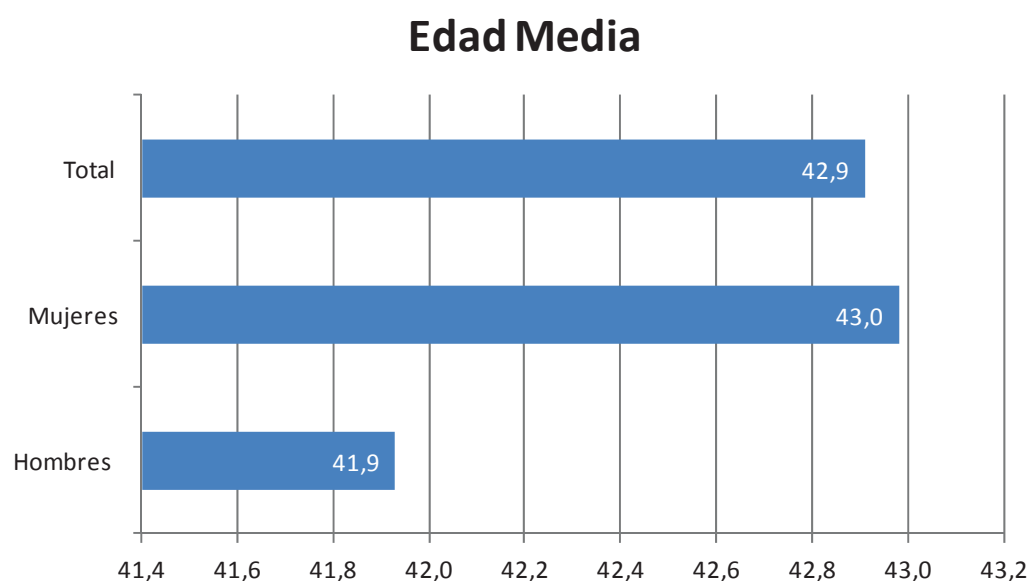


FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Andaluz de Cualificaciones Profesionales.

Según así es posible afirmar que el grueso del empleo del sector se concentra en personas de más de 40 años, con una participación muy significativa de las personas que se encuentran en el intervalo 50-59. Teniendo en cuenta que la tasa de actividad entre mayores de 55 años es de apenas el 16% y que en esta franja de solicitudes las mujeres son mayoritarias, podemos afirmar que existe una sobrerrepresentación femenina en estas actividades en este rango de edad.

En el caso de los hombres se observa algunas diferencias, ya que éstos son ligeramente más jóvenes (gráfico 6.29).

Gráfico 6.29. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Edad Media por sexo. 2014



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Andaluz de Cualificaciones Profesionales.

La distribución provincial pone de manifiesto diferencias significativas. Al comparar el peso de cada provincia en la población total de solicitudes y en el total de población, los resultados no son homogéneos. Se observa una sobrerrepresentación de solicitudes en Granada y Córdoba mientras que Almería, Cádiz y especialmente Málaga presentan una infrarrepresentación acentuada.

No existe una explicación concluyente para este comportamiento aunque lo más probable es que guarde relación con las expectativas laborales de las mujeres de mediana edad. El patrón territorial parece apuntalar esta hipótesis ya que las provincias costeras, con un agrícola competitivo, un amplio desarrollo turístico y entornos laborales más dinámicos y con más oportunidades, registran ratios más bajos, mientras que las interiores como Granada y Córdoba, y en menor medida Jaén y Sevilla, se encuentran sobrerrepresentadas (cuadro 6.11.)

Cuadro 6.11. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Distribución por provincias. 2014

	Total	Intensidad (%acreditaciones/ %población)
ALMERIA	7,14%	85,55%
CADIZ	13,17%	89,21%
CORDOBA	11,63%	122,21%
GRANADA	17,00%	155,33%
HUELVA	6,27%	101,52%
JAEN	8,54%	108,90%
MALAGA	11,11%	57,54%
SEVILLA	25,14%	108,81%
Andalucía	100,00%	100,00%

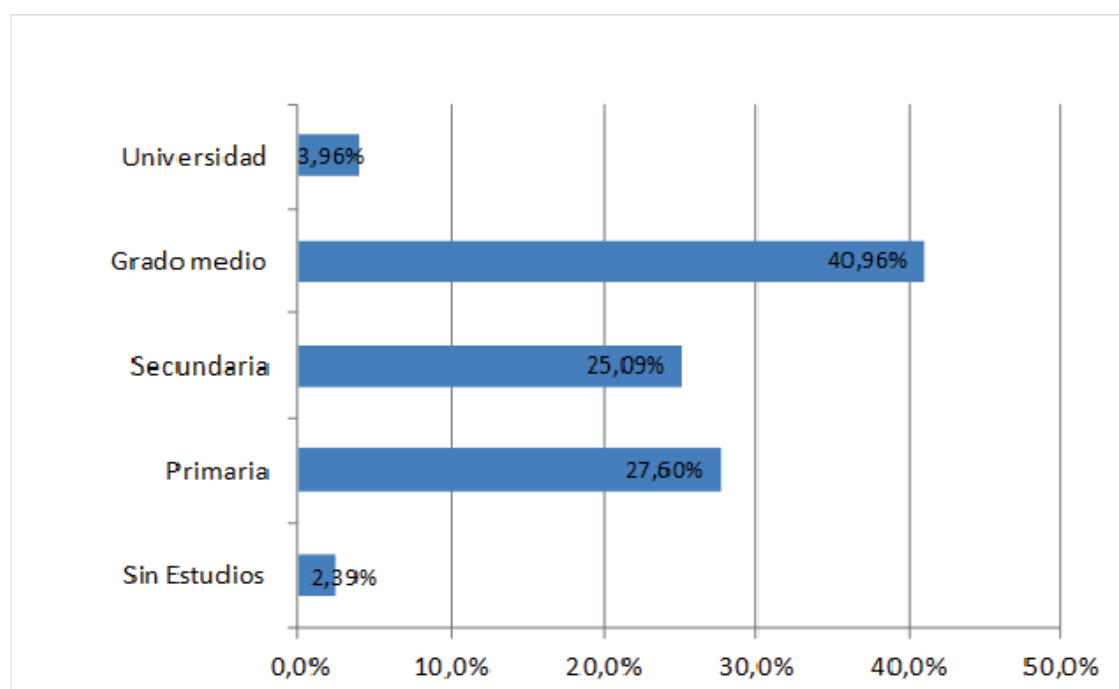
FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Andaluz de Cualificaciones Profesionales.

Respecto al grado de instrucción el gráfico 6.30. recoge la distribución por niveles educativos. El grueso de la personas solicitantes, el 41%, acreditan una formación de grado medio -bachillerato y formación profesional- seguidas en importancia por las que demuestran tener una formación primaria, el 27,6%, y secundaria, el 25%.

Las personas que no tiene estudios o acreditan estudios universitarios tienen un peso marginal. Dado que el binomio estudios secundarios-medios es mayoritario y que los niveles primarios-secundarios suponen más de la mitad, en el perfil resultante predomina el nivel medio bajo⁵⁴.

Gráfico 6.30. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Distribución por nivel de estudios.2014

⁵⁴ Sin información adicional sobre los niveles de estudios, teniendo en cuenta que contemplamos niveles de estudios sometidos a diferentes clasificaciones normativas, al menos tres reformas de calado en la estructuración de grados, resulta difícil separar el nivel medio de la educación secundaria, máxime cuando en determinados momentos el primer grado de formación profesional podría incluirse dentro de la educación secundaria.



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Andaluz de Cualificaciones Profesionales.

El análisis formativo por edades (cuadro 6.12) no ofrece una conclusión diferente a la señalada, pues el grado medio sigue siendo mayoritario en todos los tramos de edad, excepto para el rango 50-59 donde es similar al de estudios primarios, acentuándose el peso de los niveles cualificación más bajos a medida que se incrementa la edad.

Cuadro 6.12. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Distribución por nivel de estudios e intervalos de edad, 2014

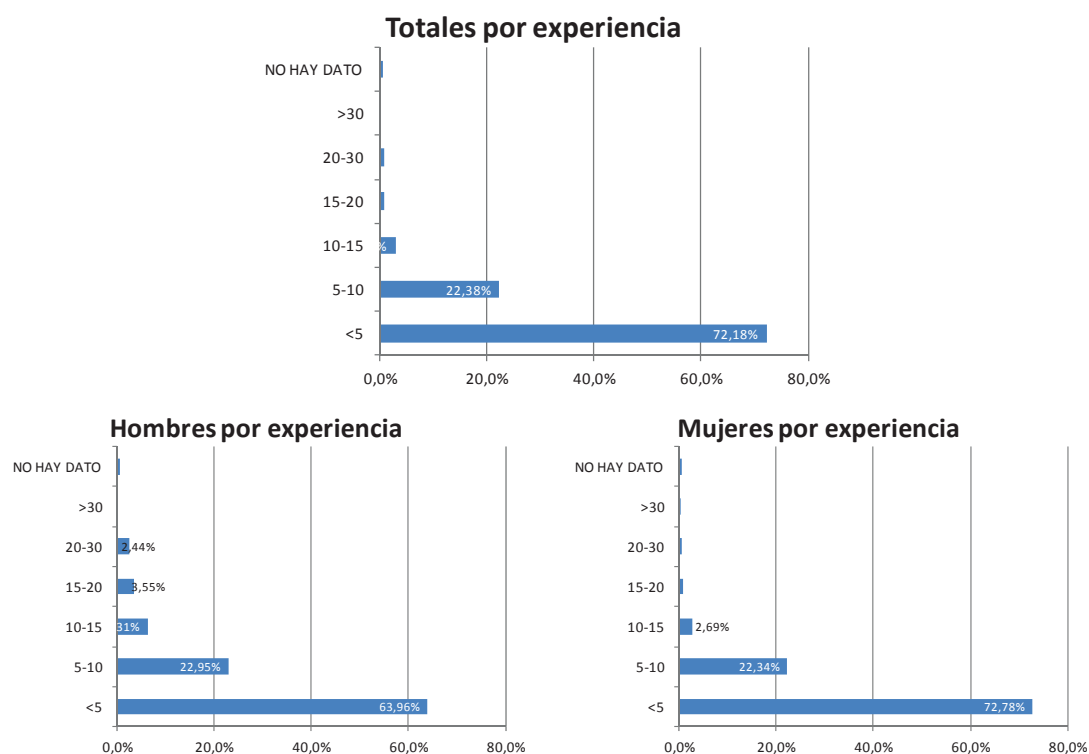
	Por nivel de estudios					Total
	Menor de 25 años	De 25 a 39	De 40 a 49	De 50 a 59	Más de 60	
Sin Estudios	0,23%	19,68%	30,32%	41,18%	8,60%	100,00%
Primaria	0,49%	20,17%	39,52%	34,66%	5,16%	100,00%
Secundaria	1,63%	32,35%	36,68%	26,39%	2,96%	100,00%
Grado medio	2,10%	38,22%	34,30%	23,14%	2,25%	100,00%
Universidad	0,38%	43,91%	36,64%	16,31%	2,76%	100,00%
Total	1,43%	31,66%	36,32%	27,21%	3,38%	100,00%

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Andaluz de Cualificaciones Profesionales.

Por lo que respecta al grado de experiencia el gráfico 6.31. recoge la distribución por años de experiencia de los solicitantes desagregada por sexo. La observación del perfil

de la serie pone de manifiesto que tanto hombres como mujeres, tienen escasa experiencia laboral formal.

Gráfico 6.31. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Distribución por Experiencia.2014



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Andaluz de Cualificaciones Profesionales.

No hay que olvidar que es a raíz de la implantación de la LAPAD cuando se empiezan a formalizar los cuidados domiciliarios y se produce un incremento significativo de los puestos de trabajo vinculado a servicios de atención ya existentes, por lo que resulta difícil la acreditación de dicha experiencia.

Siendo mayoritaria esta falta de experiencia formal en ambos sexos, en el caso de las mujeres es más intensa si cabe. Las tres cuartas partes de las mujeres que solicitaron su acreditación solo pueden justificar hasta 5 años de experiencia; un 95% si sumamos aquéllas que pueden demostrar entre 5 y 10 años.

Cuadro 6.13. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Distribución por experiencia y edad, 2014

	Totales por experiencia					Total
	Menor de 25 años	De 25 a 39	De 40 a 49	De 50 a 59	Más de 60	
<5	1,94%	33,14%	36,57%	25,47%	2,88%	100,00%
5-10	0,09%	31,44%	35,00%	29,24%	4,22%	100,00%
10-15	0,00%	16,46%	43,76%	34,54%	5,24%	100,00%
15-20	0,00%	4,84%	41,40%	45,16%	8,60%	100,00%
20-30	0,00%	1,95%	18,18%	68,83%	11,04%	100,00%
>30	0,00%	0,00%	0,00%	75,00%	25,00%	100,00%
NO HAY DATO	0,88%	25,44%	39,47%	32,46%	1,75%	100,00%
Total	1,43%	31,66%	36,32%	27,21%	3,38%	100,00%

FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Andaluz de Cualificaciones Profesionales.

La distribución por tramos de edad y experiencia (cuadro 6.13.) confirma el predominio de la escasa experiencia en todas las cohortes de edad.

Realizado el análisis formal de esta cuestión podemos afirmar que el perfil de las personas que han solicitado la acreditación y que, en gran medida, se puede asimilar a las ocupadas en servicios a la dependencia, no dista mucho conocimiento intuitivo, con la única diferencia de que el nivel de formación es algo más elevado del que en principio se podría esperar, en resumen:

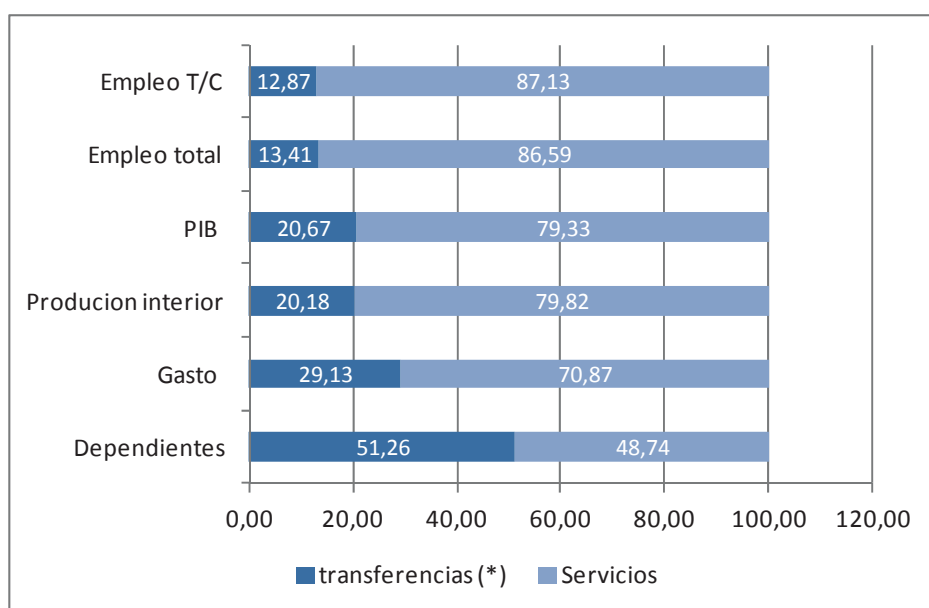
- mujeres de más de 40 años
- mayoritariamente residentes en provincias interiores y/o con amplios ámbitos rurales
- con un nivel de formación medio bajo,
- y poca experiencia laboral formalizada.

6.3.4. Una comparativa de personas usuarias, gasto, impacto económico y empleo entre transferencias y servicios

Para finalizar el análisis de impacto sobre el empleo resulta de interés realizar una comparación entre las variables más importantes (personas usuarias, gasto, producción interior, PIB, empleo total y empleo a tiempo completo) y los dos tipos de atención a las personas en situación de dependencia (las transferencias y los servicios).

El gráfico 6.32. recoge la distribución de las variables mencionadas entre ambos tipos de intervenciones (los cuadros resumen de las estimaciones de impacto macroeconómico de ambas tipos de prestaciones se recogen el Anexo, A.6.3 y A.6.4. se han construido de abajo arriba reconstruyendo el proceso de estimación seguido partiendo de los usuarios, el gasto, la producción, el PIB y el empleo).

Gráfico 6.32. Distribución de los dependientes, el gasto y el impacto entre transferencias y servicios, 2014



(*) Se corresponde con PECEF. Solo se ha considerado el gasto en esta prestación y no el complementario en SAT, de escasa cuantía.

Fuente: Elaboración propia.

El perfil observado se asemeja al de una escalera, dado que a medida que avanza el proceso de estimación las PECEF, van ganando en importancia. Este *modelo en escalera* viene a caracterizar un sistema de atención a la dependencia de bajo coste con impacto moderado. Así, mientras que mediante transferencias se atiende al 50% de los dependientes con el 30% del gasto del gasto generándose el 20% de impacto económico y el 13% de impacto en el empleo, mediante servicios se atiende a la otra mitad con el 70% del gasto, generándose el 80% del impacto económico y casi el 90% del empleo.

Este *modelo de sistema de atención en escalera* es el resultado de una combinación de factores externos e internos entre los que podemos destacar: una apuesta política por desarrollar aceleradamente la universalización; un modelo de bienestar y de cuidados de carácter familiarista -desarrollo tardío de la oferta de servicios- y un modelo de financiación desincentivador por la asimetría existente en las aportaciones de las administraciones públicas responsables.

6.4. Estimación del retorno fiscal el gasto en atención a la dependencia

En este epígrafe se plantea la obtención de la tasa de retorno del gasto en dependencia definida como la ratio entre el retorno fiscal generado por la mayor actividad y el coste del sistema. Asimismo, una vez obtenido el impacto fiscal se procede a su distribución entre la Administración Central, la Seguridad Social y la Comunidad Autónoma de Andalucía teniendo en cuenta para ello, el sistema de financiación vigente recogido en la Ley 22/2009.

6.4.1. Obtención del retorno fiscal del gasto en dependencia

En este trabajo se ha considerado el impacto del gasto en los siguientes impuestos: IRPF, IVA, I. Sociedades, II. Especiales, el agregado de impuestos sobre la producción y las Cotizaciones Sociales (los datos de base para los cálculos se recogen en el Anexo, en los cuadros A.6.5. a A.6.15.)

Impacto sobre el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas

Para estimar el efecto sobre su recaudación, se ha tomado el impacto calculado por el modelo en el empleo y en la remuneración de asalariados. Ésta última se ha tomado neta de cotizaciones sociales a cargo de los empleadores para obtener una aproximación a los sueldos y salarios pagados.

Con estas magnitudes se ha calculado el salario medio en todos los sectores. El salario medio se ha confrontado con los tramos de rendimiento del impuesto proporcionados por la AEAT, dentro de los que se ha seleccionado el correspondiente al citado salario medio, siendo el tramo comprendido entre 12.000 y 21.000 euros. Las cuotas medias autonómica y estatal correspondientes a ese tramo de renta se han multiplicado por el número de personas empleadas para obtener la recaudación total. Los datos utilizados han sido los de cuotas líquidas medias autonómica y estatal en 2013 para Andalucía publicadas por la AEAT en la Estadística de declarantes del IRPF, actualizadas a 2014 según la tasa de variación del IRPF devengado en España recogido en el Informe anual de recaudación tributaria de 2014 también de la AEAT.

Por otra parte, se ha estimado el impacto en la recaudación procedente de las rentas mixtas mediante la aplicación del tipo medio del impuesto en Andalucía en 2013 sobre las rentas mixtas obtenidas siguiendo el mismo patrón proporcionado por la matriz social de Andalucía en 2005 (IECA,2015) al respecto de su peso en el agregado “excedente bruto de explotación y rentas mixtas”. Este tipo medio resulta ser 16,1%.

Impacto sobre el Impuesto de Sociedades

Con el fin de estimar los efectos sobre su recaudación se ha partido del VAB a precios de mercado, relacionándolo con las cuotas del impuesto en Andalucía por sectores económicos (primario, industria, construcción y servicios), de manera que se obtiene un tipo medio por sector. Este tipo medio obtenido se multiplica por el impacto sobre el VAB según el modelo para aproximar la recaudación adicional obtenida. Las cuotas del impuesto en Andalucía son las proporcionadas por la AEAT en la publicación Cuentas anuales del Impuesto de Sociedades correspondiente a 2012, actualizadas a 2013 y 2014 según el crecimiento interanual de las cuotas líquidas positivas recogidas en el Informe anual de recaudación tributaria de 2014 también de la AEAT.

Impacto en el Impuesto sobre el Valor Añadido

A partir de los datos de recaudación de 2013 (Recaudación del período, AEAT), se ha calculado un tipo medio sobre el VAB de España, dada la falta de representatividad de la recaudación por CC.AA. Este tipo se ha aplicado sobre el impacto en el VAB obtenido del modelo para obtener la recaudación inducida por el gasto en dependencia.

Impacto sobre los Impuestos Especiales

Como aproximación a la base del impuesto se ha partido del impacto en el gasto de consumo final de los hogares proporcionado por el modelo, habiéndose obtenido un tipo medio en España en 2014 del informe de recaudación del citado año de la AEAT, a través del cociente entre impuestos devengados y gasto en consumo final de los hogares. Los impuestos considerados han sido:

- Alcohol y bebidas derivadas
- Cerveza
- Productos intermedios
- Hidrocarburos
- Labores del Tabaco
- Electricidad

Impuestos sobre la Producción

El impacto sobre la recaudación de estas figuras es proporcionado por el modelo.

Impacto sobre la Cotizaciones Sociales

Se ha partido de los tipos de cotización establecidos en la normativa (Orden ESS/106/2014, de 31/01, BOE del 01/02).

Los tipos de los empleadores se han aplicado sobre el incremento de la remuneración de asalariados que resulta del modelo para obtener el importe tanto de las cotizaciones a cargo de las empresas (o personas empleadoras) como los sueldos y salarios brutos. A continuación se han aplicado sobre éstos los tipos del trabajador/a para obtener sus propias cotizaciones (Cuadro 6.14).

Cuadro 6.14. Tipos de cotización y de desempleo

Contingencias	Empresario/a	Trabajador/a	Total
Contingencias comunes	23,6%	4,7%	28,3%
Accidentes de trabajo y enfermedades prof.	1,5%		1,5%
Fogasa	0,2%		0,2%
Formación Profesional	0,6%	0,1%	0,7%

Tipos de Desempleo 2014	Empresa	Trabajador/a	Total
General	5,5%	1,6%	7,1%

Fuente: Seguridad Social.

Cuadro 6.15. Retorno fiscal asociado al gasto en atención a la dependencia

Miles de euros	
Impacto IRPF	103.439
Impacto I Sociedades	11.335
Impacto IVA	72.438
Impacto II.EE.	9.833
Impacto Impuestos sobre producción	11.955
Impacto Cuotas SS	287.890
Total (1)	496.891
Gasto (2)	1.116.429
Tasa de retorno (1)/(2)	0,445

Fuente: Elaboración propia

La tasa obtenida (Cuadro 6.15) es similar a la obtenida por Zubiri et al. (2009) en su estudio sobre el gasto en Guipúzcoa (0,438), claramente inferior al del estudio sobre el gasto en dependencia en Cantabria (0,593) (Díaz, 2010)⁵⁵.

De acuerdo con ello, de cada euro gastado en atención a la dependencia en Andalucía, el coste neto para las AA.PP. sería de 55 céntimos. La inmensa mayoría de los retornos están vinculados al empleo dado que entre IRPF y cotizaciones sociales supone casi el 80 % de los retornos.

En los cuadros 6.16 a 6.18 se recogen los resultados para cada uno de los efectos considerados en la estimación, directo, indirecto, e inducido. Como puede observarse, y cabía esperar en función de los resultados del análisis del gasto, es el efecto directo el que genera la mayor parte del retorno fiscal, un 70% del total, en lo que lógicamente influye el carácter intensivo en empleo de estos sectores que impulsa la recaudación por IRPF y las cotizaciones a la seguridad social.

Cuadro 6.16. Retorno fiscal asociado al gasto en atención a la dependencia. Efecto directo (%)

<i>Miles de euros</i>	
Impacto IRPF	68.454
Impacto I Sociedades	6.134
Impacto IVA	42.971
Impacto II.EE.	9.833
Impacto Impuestos sobre producción	14.145
Impacto Cuotas SS	208.440
Total (1)	349.978
Gasto (2)	1.116.429
Tasa de retorno (1)/(2)	0,313

Fuente: Elaboración propia

⁵⁵ Aunque en este caso se incluyen los ahorros en prestaciones por desempleo lo que explica un mayor grado de retorno, efecto que no ha estimado en este trabajo por considerar que se sale del estricto marco del retorno fiscal, más en la línea del trabajo de Zubiri et Alia(2009) ya citado.

Cuadro 6.17. Retorno fiscal asociado al gasto en atención a la dependencia. Efecto indirecto.

Miles de euros

Impacto IRPF	15.522
Impacto I Sociedades	2.479
Impacto IVA	13.257
Impacto II.EE.	0
Impacto Impuestos sobre producción	564
Impacto Cuotas SS	39.248
Total (1)	71.069
Gasto (2)	1.116.429
Tasa de retorno (1)/(2)	0,064

Fuente: elaboración propia

Cuadro 6.18. Retorno fiscal asociado al gasto en atención a la dependencia. Efecto inducido.

Miles de euros

Impacto IRPF	19.463
Impacto I Sociedades	2.722
Impacto IVA	16.210
Impacto II.EE.	0
Impacto Impuestos sobre producción	-2.754
Impacto Cuotas SS	40.202
Total (1)	75.843
Gasto (2)	1.116.429
Tasa de retorno (1)/(2)	0,068

Fuente: elaboración propia

Por lo que respecta a los efectos indirecto e inducido, su aportación es muy similar en el entorno del 15%, a pesar de que en términos de aportación a la producción, PIB, existe una significativa diferencia a favor del efecto inducido, lo cual se explica por su contribución prácticamente idéntica a la remuneración de asalariados que es, vía IRPF y cotizaciones sociales, la mayor parte del retorno tal y como hemos visto, de casi el 80%

6.4.2. Distribución de los ingresos y los costes por nivel de administración

El retorno fiscal obtenido se ha distribuido entre los recursos que se integran en el Presupuesto del Estado, en el de la Seguridad Social y en el de la Comunidad Autónoma. Asimismo, se ha tenido en cuenta que, de acuerdo con el sistema de financiación de las CC.AA. vigente, el impacto sobre la recaudación estatal ocasionará simultáneamente mayor gasto para el Estado a través de los distintos fondos.

El impacto de la mayor actividad económica generada por el gasto en el sistema de atención a la dependencia, dado el sistema de financiación vigente⁵⁶, afecta a los ingresos de la Comunidad Autónoma a través de dos vías:

- a) Un impacto directo sobre la recaudación de los tributos cedidos.
- b) Un impacto indirecto a través de la participación en los Fondos de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales, de Suficiencia Global y de Convergencia.

En el primer caso, el impacto directo sobre la recaudación de los tributos cedidos, la participación regional en los impuestos citados se recoge en el Cuadro 6.19, y en los cuadros 6.20 a 6.22. en cada uno de los efectos por separado.

En este trabajo no se consideran los efectos que pudiera haber sobre determinados tributos cedidos autonómicos como el de Sucesiones y Donaciones y el de Patrimonio, en la medida en que se estima que sus efectos serían muy limitados dado que el impacto mayoritario del gasto en dependencia llega a través del incremento del empleo asalariado o las prestaciones directas cuyo importe no es suficientemente elevado como para tributar por estas figuras. Tampoco se ha considerado el impacto sobre el Impuesto de Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados.

56 Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.

Cuadro 6.19. Distribución del impacto sobre la recaudación tributaria entre AA.PP.

<i>Miles de euros</i>	% Cesión CC.AA.	AGE	C.A.	SS
IRPF	50% Tarifa	54.884	48.555	0
I Sociedades	0%	11.335	0	0
IVA	50%	36.219	36.219	0
II.EE.(*)	61%	3.831	6.003	0
Impuestos sobre producción	0%	0	0	0
Cuotas SS	0%	53.765	0	234.125
Total		160.034	90.777	234.125

(*) Cesión media en función de estructura recaudación 2014

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 6.20. Distribución del impacto sobre la recaudación tributaria entre AA.PP.
Efecto directo.**

<i>Miles de euros</i>	AGE	C.A.	SS
IRPF	36.321	32.133	0
I Sociedades	6.134	0	0
IVA	21.486	21.486	0
II.EE.(*)	3.831	6.003	0
Impuestos sobre producción	0	0	0
Cuotas SS	38.927	0	169.513
Total	106.699	59.621	169.513

(*) Cesión media en función de estructura recaudación 2014

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 6.21. Distribución del impacto sobre la recaudación tributaria entre AA.PP.
Efecto indirecto.**

Miles de euros	AGE	C.A.	SS
IRPF	8.236	7.286	0
I Sociedades	2.479	0	0
IVA	6.629	6.629	0
II.EE.(*)	0	0	0
Impuestos sobre producción	0	0	0
Cuotas SS	7.330	0	31.918
Total	24.673	13.915	31.918

(*) Cesión media en función de estructura recaudación 2014

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 6.22. Distribución del impacto sobre la recaudación tributaria entre AA.PP.
Efecto inducido.**

Miles de euros	AGE	C.A.	SS
IRPF	10.327	9.136	0
I Sociedades	2.722	0	0
IVA	8.105	8.105	0
II.EE.(*)	0	0	0
Impuestos sobre producción	0	0	0
Cuotas SS	7.508	0	32.694
Total	28.662	17.241	32.694

(*) Cesión media en función de estructura recaudación 2014

Fuente: Elaboración propia

Por lo que se refiere a los fondos del sistema de financiación, el impacto de un incremento en la recaudación vendría determinada por los siguientes elementos:

- a) Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales. El importe de la transferencia que cada año le corresponde a la C.A. se deriva de aplicar su coeficiente de población ajustada al conjunto formado por: 75% de la recaudación global (de todas las CC.AA. de régimen común) de los tributos cedidos en términos homogéneos de utilización de capacidad normativa + aportación del Estado (*aportación inicial * Índice de variación de los tributos cedidos del Estado* –ITE). Es decir, un incremento en la recaudación de

Andalucía beneficiaría al conjunto de CC.AA. al elevar el importe de la “cesta” a repartir, ya sea dentro del 75% de la recaudación global, ya sea al aumentar el índice de variación ITE a nivel estatal).

- b) Fondo de Suficiencia Global. El importe que le corresponde a la C.A. cada año es el resultado de actualizar la cantidad inicial por el índice ITE. Al incrementarse el ITE, también se incrementa la cantidad a percibir por la C.A.
- c) Fondo de Cooperación. El importe anual a distribuir entre las CC.AA. que cumplen determinadas características (principalmente, renta por habitante inferior a la media) resulta de multiplicar la dotación inicial por el índice ITE. El efecto sobre éste es el que se reflejará más tarde sobre la cuantía a percibir por Andalucía.

Se asume la hipótesis de que Andalucía continúa sin percibir Fondo de Competitividad como viene sucediendo en la mayor parte de los años de aplicación del sistema de financiación.

En el caso del Estado, éste recibiría la parte de la recaudación no cedida a la C.A., así como la del impuesto de sociedades. Igualmente se integran dentro del Presupuesto de la Administración Central los recursos procedentes de las cotizaciones por desempleo, que forman parte del Servicio Público de Empleo (SEPE), si bien, en términos de contabilidad nacional, éstos se unen a la Seguridad Social. Por último, los ingresos por cotizaciones sociales por el resto de contingencias se incluyen en el presupuesto de la Seguridad Social.

Respecto a los impuestos sobre la producción, se trata de un agregado en el que se inscriben numerosas figuras tributarias, la mayor parte de las cuales corresponden a

las CC.LL.. El principal componente de este agregado es el IBI, cuyo peso dentro del total supera el 60%⁵⁷.

Como puede observarse el nivel de retorno, al igual que el gasto, presenta una distribución muy asimétrica, pero a diferencia de este, en el caso del retorno es fiscal son las administraciones fiscales la que perciben la mayor parte del mismo, en una proporción de 4 a 1, si consideramos tanto Seguridad Social como la AGE, y algo menos del doble si solo consideramos a la AGE, sin que existan diferencias significativas entre los distintos efectos. Teniendo en cuenta la asimetría en la aportación la financiación del gasto, conviene poner en relación ambas variables.

6.4.3 El esfuerzo financiero neto

Para completar el análisis del retorno fiscal y el esfuerzo que realiza cada administración en el sostenimiento del SAAD en Andalucía se va utilizar el concepto de *Esfuerzo Financiero Neto*, es decir, el que resulta de deducir del gasto que realiza cada administración, el retorno fiscal que obtiene.

Este sentido se han recogido para cada uno de los efectos, no solo los ingresos para cada administración con anterioridad, sino que el caso de la AGE se han considerado los mayores gastos como consecuencia de la mayor financiación, vía Modelo de Financiación Autonómica, que habría de aportar a Andalucía como consecuencia de los ingresos generados por el gasto de atención a la dependencia; gasto de la AGE, que se ha computado como ingreso de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Los resultados de este ejercicio se recogen para cada efecto en los cuadros 6.23. a 6.25.

⁵⁷ En 2013, el IBI representa el 62,5% del agregado Otros impuestos sobre la producción D.29. conforme a los datos proporcionados por el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. Contabilidad nacional. Impuestos y cotizaciones sociales de las Administraciones Públicas.

Cuadro 6.23. Impacto fiscal neto en AGE y C.A. Efecto directo.

Miles de euros

AGE	96.462
Mayores ingresos	106.699
Vía recaudación tributaria	67.772
Vía mayores cotizaciones en SEPE	38.927
Mayores gastos	10.237
Vía fondos del sistema de financiación	10.237
Aportación Fondo de Garantía	7.199
Fondo de Suficiencia	1.208
Fondo de Cooperación	1.829
C.A. Andalucía	
Mayores ingresos	70.105
Vía recaudación tributaria	59.621
Vía fondos del sistema de financiación	10.483
Fondo de Garantía	9.630
Fondo de Suficiencia	463
Fondo de Cooperación	390

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 6.24. Impacto fiscal neto en AGE y C.A. Efecto indirecto.

Miles de euros

AGE	22.053
Mayores ingresos	24.673
Vía recaudación tributaria	17.343
Vía mayores cotizaciones en SEPE	7.330
Mayores gastos	2.620
Vía fondos del sistema de financiación	2.620
Aportación Fondo de Garantía	1.842
Fondo de Suficiencia	309
Fondo de Cooperación	468
C.A. Andalucía	
Mayores ingresos	16.411
Vía recaudación tributaria	13.915
Vía fondos del sistema de financiación	2.496
Fondo de Garantía	2.278
Fondo de Suficiencia	119
Fondo de Cooperación	100

Fuente: Elaboración propia

Cuadro 6.25. Impacto fiscal neto en AGE y C.A. Efecto inducido.

Miles de euros

AGE	25.467
Mayores ingresos	28.662
Vía recaudación tributaria	21.154
Vía mayores cotizaciones en SEPE	7.508
Mayores gastos	3.195
Vía fondos del sistema de financiación	3.195
Aportación Fondo de Garantía	2.247
Fondo de Suficiencia	377
Fondo de Cooperación	571
C.A. Andalucía	
Mayores ingresos	20.323
Vía recaudación tributaria	17.241
Vía fondos del sistema de financiación	3.082
Fondo de Garantía	2.816
Fondo de Suficiencia	145
Fondo de Cooperación	122

Fuente: Elaboración propia

No existen diferencias significativas respecto a las conclusiones obtenidas en análisis de retorno fiscal, pues el efecto directo sigue siendo muy mayoritario.

El Cuadro 6.26 recoge el efecto total y lo que aporta cada administración a la financiación del gasto en dependencia, así como el saldo entre ingresos y gastos. Como puede observarse al computar el *Esfuerzo Financiero Neto*, la asimetría en la financiación ya muy elevada en términos estrictos de gasto -véase capítulo 5- se amplía de forma notable, hasta duplicar esta proporción en el reparto por administraciones. Así, en términos de *Esfuerzo Financiero Neto*, la Comunidad Autónoma de Andalucía aporta 7 veces más que la Administración General del Estado.

Cuadro 6.26. Impacto fiscal neto en la Administración General del Estado y en la Comunidad Autónoma de Andalucía

Miles de euros

AGE	143.982
Mayores ingresos	160.034
Vía recaudación tributaria	106.269
Vía mayores cotizaciones en SEPE	53.765
Mayores gastos	16.052
Vía fondos del sistema de financiación	16.052
Aportación Fondo de Garantía	11.289
Fondo de Suficiencia	1.895
Fondo de Cooperación	2.868
Gasto en Atención a la Dependencia	252.200
Esfuerzo Financiero Neto	108.218

C.A. Andalucía	
Mayores ingresos	106.838
Vía recaudación tributaria	90.777
Vía fondos del sistema de financiación	16.061
Fondo de Garantía	14.723
Fondo de Suficiencia	726
Fondo de Cooperación	612
Gasto en Atención a la Dependencia	867.300
Esfuerzo Financiero Neto	760.462

Fuente: Elaboración propia

6.4.4. Análisis de la consideración de una parte de Financiación Autonómica como aportación de la AGE a la dependencia

También se ha considerado oportuno dedicar un breve apartado de este epígrafe a analizar el enfoque en las fuentes de financiación a la atención de la dependencia introducido por el Tribunal de Cuentas (2014) en su *Informe de Fiscalización sobre la Aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia*, dado que ha generado un fuerte debate, por cuanto su adopción cambiaría muchas de las conclusiones de este trabajo. El informe estima la financiación que el Estado

proporciona a las CC.AA. para la atención a la dependencia por la vía del sistema de financiación, en concreto, a través de los recursos adicionales regulados en los artículos 5 y 6 de la Ley 22/2009. A este respecto, nos parece conveniente expresar las consideraciones que se recogen a continuación.

La Ley 22/2009 estableció en su artículo 5 la incorporación de recursos a las CC.AA. de régimen común adicionales los que les proporcionaría el anterior sistema de financiación en 2009 por importe de 4.900 millones de euros, destinados al refuerzo del estado de bienestar. Para el reparto de estos fondos entre CC.AA. la ley fijó unos criterios entre los que se encuentran dos variables asociadas a la dependencia: el peso relativo de la población potencialmente dependiente de cada Comunidad Autónoma y el peso relativo del número de personas reconocidas como dependientes con derecho a prestación, registradas en el Sistema de Información del SAAD. La base sobre la que se aplicarán estas variables está constituida por el 40% y el 10%, respectivamente, del 25% de los 4.900 millones de euros, lo que significa que los fondos cuyo reparto se realiza en función de variables asociadas a la dependencia ascienden a 612,5 millones de euros (cifra que coincide con la recogida en el cuadro del informe del TC en su página 69).

Ahora bien, es necesario explicar cómo se incorporan esos fondos al sistema para conocer cuál es el alcance real de esa aportación estatal. Los fondos adicionales no se añaden a la financiación de las CC.AA. en 2009 sino que se incorporan a las “necesidades globales de financiación” de éstas en el año base del sistema (año 2007). Es decir, cada C.A. tiene unas necesidades globales de financiación en el año base (en cuyo cálculo intervienen las variables asociadas a la dependencia en la forma descrita anteriormente) necesidades que son cubiertas con los diferentes instrumentos establecidos en la ley (tributos cedidos, tributos compartidos, transferencia por fondo de garantía de servicios públicos fundamentales, fondo de suficiencia global y fondos de convergencia).

El importe del fondo de garantía que corresponde a cada C.A. se calcula en función de la población ajustada relativa de cada una de ellas, siendo ésta población ajustada un

indicador de coste en el que no se encuentra recogida ninguna variable relacionada directamente con la dependencia. Esto es, aunque las necesidades globales de financiación de cada C.A. en el año base (2007) se calculan en una pequeña parte con indicadores de dependencia, la financiación real de esas necesidades no se relaciona con la dependencia, dado que el criterio para repartir el fondo de garantía de servicios públicos fundamentales no incluye ninguna variable de dependencia.

Según el artículo 6 de la ley 22/2009, en el año 2010 se incorporaron al sistema 1.200 millones de euros adicionales repartidos en atención al peso relativo del número de personas reconocidas como dependientes con derecho a prestación registradas en el SISAAD. Su incorporación al sistema se realiza de la misma forma y con los mismos efectos que los del año 2009.

No se puede identificar la necesidad de financiación, que es fijada para un año determinado (año base) con las fuentes de ingresos que el Estado asigna a las CC.AA. para dar cobertura a tales necesidades, todas las cuales, dentro del sistema de financiación son no finalistas. Es con el conjunto de recursos que asigna el sistema de financiación con el que las CC.AA. en uso de su autonomía constitucionalmente reconocida hacen frente a sus competencias. Son plenamente recursos propios de las CC.AA., no pudiéndose caracterizar como financiación aportada por el Estado para tal o cual fin, teniendo presente que con ese argumento, dado que la práctica totalidad de la financiación de la C.A. procede del Estado, sería finalista sin posibilidad de que ésta ejerciera su autonomía.

En la práctica, la adición de los recursos adicionales tiene un efecto similar a la financiación de las competencias asumidas mediante reales decretos de traspaso en los que se valora la competencia traspasada y se financia mediante una aportación finalista del Estado durante el ejercicio inicial (que cubre el coste efectivo), para pasar posteriormente a integrarse dentro de los mecanismos del sistema de financiación, perdiendo en ese momento su especificidad. Una vez integrados los costes efectivos del traspaso dentro de los mecanismos de financiación, pasan a ser recursos propios de la C.A. disponibles para la financiación del conjunto de las competencias.

Siguiendo a De la Fuente (2015,2), *“Las necesidades de gasto de las comunidades autónomas – que no deben confundirse con su financiación real —son una pieza importante de los mecanismos redistributivos o de nivelación del sistema de financiación regional. Las necesidades de gasto describen una pauta igualitaria de reparto que aseguraría que todas las comunidades pueden ofrecer prestaciones similares. Se trataría por tanto del objetivo ideal de la nivelación, al que generalmente no se llega en la práctica pero que sí tiene un cierto impacto sobre los resultados del sistema”*.

Es evidente que el Estado cuando establece un nuevo derecho como es el de la atención a personas dependientes, para el que diseña un sistema de servicios y prestaciones que van a ser gestionadas por las CC.AA., debe asignar a éstas los recursos necesarios para que puedan afrontarlas (no sería concebible de otro modo), dando cumplimiento al principio de lealtad institucional. Sin embargo, esto no significa que los recursos adicionales aportados para esta nueva prestación sean finalistas, si el Estado no lo decide expresamente, tal y como hace con el nivel mínimo o concertado que sí aporta de su propia financiación, al margen del sistema.

6.5. Análisis de los factores determinantes de la elección del tipo de prestación para el cuidado de Larga duración: La política de atención a la dependencia como política redistributiva.

En el análisis efectuado a lo largo del presente trabajo se ha puesto de relieve el grave problema que constituye dar una respuesta adecuada a la *crisis de los cuidados* (Carrasco, 2013) provocada por la necesidad creciente de Cuidados de Larga Duración y el consecuente crecimiento de gasto asociado a ellos en los próximos años.

Esta situación, en el contexto del debate sobre la sostenibilidad del Estado del Bienestar y la emergencia del Nuevo paradigma del *Estado de Inversión Social* (Morel, Palier y Palme, 2012a), demanda la identificación de esta política dentro del binomio inversión-consumo.

Su impacto a corto plazo como fuente de actividad y empleo acreditado en los epígrafes anteriores, necesita ser complementado con el estudio sobre cuáles son los factores, desde la perspectiva de las personas en situación de dependencia, que determinan la elección del tipo prestación. De esta manera no solo nos aproximamos al conocimiento sobre cuáles van a ser las variables que influirán en la evolución del gasto futuro sino también si ésta puede considerarse como una política redistributiva. No hay que olvidar que la igualdad y, por ende, la lucha contra la pobreza y la exclusión son, en el nuevo paradigma del Estado del Bienestar, elementos esenciales de la perspectiva de cohesión competitiva que propone.

6.5.1. Metodología: modelos logísticos

Como hemos puesto de manifiesto la definición del modelo de atención es resultado de la forma en que se combinan los *Cuidados formales* y los *informales*.

Siguiendo a Rodríguez Molina (2013, 668) podemos señalar tres modelos explicativos principales de la elección *formal-informal*: el modelo de *compensación jerárquica*, el de la *tarea específica* y el *modelo de sustitución*.

El primero de ellos, se basa en la hipótesis de que hay un orden de preferencia en la elección del tipo de atención. La opción inicialmente preferida es el cuidado informal proporcionado por los familiares, sobre todo cónyuge e hijos, y solo cuando esta opción no está disponible, o los cuidadores informales ya no pueden absorber la carga, el cuidado formal actúa de una manera compensatoria.

El segundo modelo, el de la *tarea específica*, sostiene que la elección del tipo de cuidado está influida por las características estructurales de los cuidadores tales como: el conocimiento técnico, la proximidad geográfica, el compromiso o los estilos de vida comunes.

Por último, el *modelo de sustitución* plantea que el cuidado informal puede sustituir al formal.

Cada modelo se apoya en unos factores determinantes de la elección, no obstante, a efectos de este trabajo, más que intentar validar uno u otro enfoque, interesa perfilar los factores que hacen que un determinado modelo esté orientando hacia un tipo de prestación u otro.

Para llevar a cabo el análisis se ha construido un modelo de regresión logística binaria, por cada una de las prestaciones, salvo para la Prestación Económica para la Asistencia Personal (PEAP), por ser marginal, y un modelo logístico multinomial que incorpora todas.

Como señala Sánchez Vizcaíno (2012, 468-469), este tipo de modelos permite describir la relación entre las características que conforman un conjunto de variables independientes de tipo categórico o continuo (por ejemplo edad o renta) y una variable dependiente dicotómica o binaria que sólo toma dos valores para opciones o características opuestas o mutuamente excluyentes. Es decir, es un procedimiento por medio del cual se intenta analizar las relaciones de asociación entre una variable dependiente dicotómica (binaria o *dummy*) y una o varias variables independientes.

Se utiliza la función de distribución logística para modelizar la relación entre la probabilidad de que el valor de la variable dependiente refleje un comportamiento (se conceda o no un tipo de prestación), condicionada a un determinado valor de la variable o variables independientes. Mediante esta técnica se obtienen los valores de los parámetros que maximizan la probabilidad de que con ellos se obtengan los valores observados.

En conclusión, sea con los modelos binarios o con el multinomial, se obtiene la probabilidad de recibir cada tipo de servicio o prestación en función de las características de los dependientes.

En concreto se han estimado 6 modelos de regresión logística binaria, uno para cada categoría de prestación salvo el PEAP como se ha señalado, y un modelo de regresión logística multinomial, tomando como categoría de referencia la PECEF que es la más

numerosa, con el objetivo de examinar la diferencia de los distintos tipos de variables sobre la probabilidad de recibir cada tipo de prestación.

Las especificaciones de las variables utilizadas para los modelos binarios han sido las siguientes:

- Edad. Dado que la población menor de 18 años tiene una representación muy pequeña, se ha optado por clasificar a la población beneficiaria en tres grupos: menores de 65 años, personas comprendidas entre los 65 y los 84 años y personas mayores de 85 años.
- Grado de dependencia. Debido a la reciente incorporación de las personas beneficiarias con un grado moderado de dependencia, su número es relativamente bajo dentro de la población total. Por esta razón se contemplan dos grupos de personas, las afectadas por dependencia en grado moderado y severo por una parte y las clasificadas como grandes dependientes por otro.
- Sexo. Se distingue entre varones y mujeres como personas beneficiarias de la ley.
- Nivel de ingresos. Se ha procedido a agrupar a las personas beneficiarias en cinco grupos de renta, tomando como referencia el IPREM. El primero de los grupos está constituido por las personas con unos ingresos inferiores al 20% del IPREM, el segundo lo integran las personas con ingresos comprendidos entre el 20% y el 50% del IPREM. A continuación se encuentran las personas con ingresos comprendidos entre el 50% y el 100% del IPREM, las que se cuentan con ingresos entre 1 y 2 veces el IPREM y el último grupo formado por las personas con ingresos por encima de 2 veces el IPREM.

Respecto a las variables utilizadas como referencia en el modelo de regresión logística binaria, han sido: menores de 65 años, los varones, las personas con ingresos inferiores al 20% del IPREM y el grupo de dependencia moderada y severa.

6.5.2. Resultados

La composición de la muestra y sus principales características se describen en el Cuadro 6.27. En él se puede apreciar cómo algo más de la mitad de las observaciones (82.086) corresponde a la categoría de prestaciones para cuidados en el entorno familiar, siendo la menos numerosa la correspondiente a prestaciones vinculadas al servicio (2.470).

Cuadro 6.27. Estadísticos descriptivos y test chi-cuadrado según prestación principal recibida

Variables	Total	PEAP	PECEF	PEVS	SAD	SARD	SARM	UED	Test Chi-Cuadrado
Nº de observaciones	160.121	10	82.086	2.470	41.806	5.284	16.863	11.602	
(Porcentaje)		0,0%	51,3%	1,5%	26,1%	3,3%	10,5%	7,2%	
Características socio-demográficas									
Edad									
Menor de 18 años	5,3	10	9,9	0	0,3	0,1	0	2,1	***
18-64 años	25,2	90	26,3	5,9	12,6	92,8	5,6	63,8	***
65-84 años	35,6	0	32,9	31,4	45	6,8	45,4	20	***
Mayor de 85 años	33,9	0	30,8	62,7	42	0,3	49	14,1	***
Sexo									
Mujer	64,9	50	62,4	77,2	73,9	39,5	68,8	54,4	***
Nivel de renta									
Inferior a 1.279	22,3	40	22,3	3,4	36	2	1,2	16,7	***
1.279-6.390	28,6	40	20,7	9,4	46,6	24,9	19,8	38	***
6.391-12.780	40	10	46,2	53	11,9	60,4	72,8	37,7	***
12.781-17.170	5,7	0	6,5	18,2	3,7	11,4	5,3	2,7	***
Superior a 17.170	3,5	10	4,4	16	1,8	1,3	0,8	4,8	***
Estado funcional y de salud									
Grado de dependencia									
Moderada	0,5	0	0	0	0,1	1,3	1,3	3,7	***
Severa	56,8	0	56,1	36,3	70,9	31,7	44,5	44	***
Gran dependencia	42,8	100	43,9	63,7	29	67	54,2	52,3	***

Fuente: Elaboración propia

En la composición por edades, el grupo de menores de 18 años tiene un escaso peso relativo, razón por la cual se ha optado, como se mencionaba anteriormente, por agruparlo con el siguiente tramo de edad. Esta misma decisión se ha tomado con los dependientes moderados que solo suponen el 0,5% del total de observaciones. El test *chi-cuadrado* que acompaña a las variables justifica la significación de los grupos creados en todos los casos.

Modelos binarios: análisis individualizado de prestaciones

Para una correcta interpretación de los resultados de los modelos binarios que aparecen en los cuadros 6.28 a 6.33 es necesario tener en cuenta que en la tabla aparece la categoría de referencia para cada variable, cuya probabilidad es 1. Un valor inferior indica una menor probabilidad y un valor superior una probabilidad mayor. Como veremos a continuación para cada modelo, prácticamente todas las variables en todos los modelos son significativas al 1%.

Prestaciones Económicas para Cuidados en el Entorno familiar (PECEF)

En este tipo de prestaciones (cuadro 6.28.) no se aprecian diferencias significativas según el sexo de las personas beneficiarias, pero sí se advierte una probabilidad creciente de recibir este tipo de recurso al aumentar el nivel de ingresos de los receptores. Así, las personas con ingresos superiores al doble del IPREM tienen dos veces más probabilidad de recibir una prestación económica para el cuidado en el entorno familiar que las que cuentan con ingresos inferiores (<20% del IMPREM).

Por último, las personas con dependencia moderada o severa tienen más probabilidad de recibir este tipo de prestaciones que los grandes dependientes, aunque con una diferencia muy escasa (*odd ratio*: 0.965).

Cuadro 6.28. Regresión logística para la prestación económica de cuidados en el entorno familiar (PECEF)

		IC	
	OR	Inferior	Superior
Características socio-demográficas			
Edad (ref.: menor de 64 años)			
65-84 años	0,473***	0,46	0,486
Mayor de 85 años	0,422***	0,411	0,435
sexo (ref.: hombre)			
Mujer	1,046***	1,022	1,07
Nivel de renta (ref.: inferior a 1.279 euros)			
1.279-6.390 euros	0,630***	0,612	0,649
6.391-12.780 euros	1,849***	1,798	1,902
12.781-17.710 euros	1,693***	1,613	1,776
Más de 17.170 euros	2,166***	2,038	2,302
Estado funcional y de salud			
Grado de dependencia (ref.: moderada/ severa)			
Gran dependencia	0,965**	0,945	0,985
R ² Nagelkerke		0,084	

OR: odd ratio; IC: intervalo de confianza al 95%;

***: Significativo al 0,001; **:Significativo al 0,01; *:Significativo al 0,05

Fuente: Elaboración propia

Prestaciones Económicas Vinculadas al Servicio (PEVS)

Las personas mayores de 65 años y menores de 85 tienen tres veces más probabilidad de recibir Prestaciones Económicas Vinculadas al Servicio que los menores de 65; probabilidad veces superior en el caso de los mayores de 85 años (cuadro 6.29)

Cuadro 6.29. Regresión logística para la prestación económica vinculada al servicio (PEVS)

		IC	
	OR	Inferior	Superior
Características socio-demográficas			
Edad (ref.: menor de 64 años)			
65-84 años	3,444***	2,877	4,122
Mayor de 85 años	6,542***	5,488	7,798
Género (ref.: hombre)			
Mujer	1,888***	1,706	2,089
Nivel de renta (ref.: inferior a 1.279 euros)			
1.279-6.390 euros	1,729***	1,344	2,225
6.391-12.780 euros	5,409***	4,321	6,771
12.781-17.710 euros	17,173***	13,352	21,973
Más de 17.170 euros	30,045***	23,573	38,294
Estado funcional y de salud			
Grado de dependencia (ref.: moderada/ severa)			
Gran dependencia	2,354***	2,164	2,561
R ² Nagelkerke		0,154	

OR: odd ratio; IC: intervalo de confianza al 95%;

***: Significativo al 0,001; **:Significativo al 0,01; *:Significativo al 0,05

Fuente: Elaboración propia

Se trata de prestaciones más orientadas hacia las mujeres, cuya probabilidad se acerca al doble que la de los hombres y de un tipo de prestación claramente relacionada con el nivel de ingresos: una persona beneficiaria con ingresos superiores al doble del IPREM tiene 30 veces más probabilidad de recibir estas prestaciones que una situada en el tramo inferior de renta. Finalmente, este tipo de prestación es más propio de las personas valoradas como grandes dependientes que de las moderadas o severas.

Servicio de Atención en el Domicilio (SAD)

Se trata de un recurso que aumenta con la edad de la persona beneficiaria y más propia de los hombres que de las mujeres.

Cuadro 6.30. Regresión logística para el servicio de atención a domicilio (SAD)

		IC	
	OR	Inferior	Superior
Características socio-demográficas			
Edad (ref.: menor de 65 años)			
65-84 años	8,460***	8,135	8,798
Mayor de 85 años	12,419***	11,904	12,956
Género (ref.: hombre)			
Mujer	0,826***	0,8	0,852
Nivel de renta (ref.: inferior a 1.279 euros)			
1.279-6.390 euros	0,639***	0,618	0,661
6.391-12.780 euros	0,043***	0,042	0,045
12.781-17.710 euros	0,119***	0,112	0,127
Más de 17.710 euros	0,106***	0,098	0,116
Estado funcional y de salud			
Grado de dependencia (ref.: moderada/ severa)			
Gran dependencia	0,494***	0,48	0,508
R ² Nagelkerke		0,391	

OR: odd ratio; IC: intervalo de confianza al 95%;

***: Significativo al 0,001; **:Significativo al 0,01; *Significativo al 0,05

Fuente: Elaboración propia

No se aprecian diferencias significativas en la distribución según el nivel de renta y por grados de dependencia, este servicio de presenta una mayor probabilidad de ser atribuido a las personas dependientes menos graves en detrimento de los grandes dependientes (cuadro 6.30.)

ervicios de Atención Residencial a personas Discapacitadas (SARD)

Por lo que se refiere a los Servicios de Atención Residencial a personas Discapacitadas (cuadro 6.31.) la probabilidad de que correspondan a personas mayores de 65 años es escasa y prácticamente inexistente entre los mayores de 85 años.

Como en el caso del SAD, este tipo de atención residencial es más probable en los hombres que en las mujeres y se puede apreciar un fuerte incremento de la probabilidad de recibir estas prestaciones en los niveles medios de renta (>20% y menor de 2 veces el IPREM).

Cuadro 6.31. Regresión logística para el servicio de atención residencial a discapacitados (SARD)

		IC	
	OR	Inferior	Superior
Características socio-demográficas			
Edad (ref.: menor de 65 años)			
65-84 años	0,036***	0,032	0,04
Mayor de 85 años	0,001***	0,001	0,002
Género (ref.: hombre)			
Mujer	0,840***	0,789	0,894
Nivel de renta (ref.: inferior a 1.279 euros)			
1.279-6.390 euros	16,305***	13,359	19,901
6.391-12.780 euros	61,697***	50,978	75,372
12.781-17.710 euros	60,056***	48,561	74,273
Más de 17.170 euros	7,027***	5,159	9,571
Estado funcional y de salud			
Grado de dependencia (ref.: moderada/ severa)			
Gran dependencia	2,163***	2,031	2,304
R ² Nagelkerke		0,396	

OR: odd ratio; IC: intervalo de confianza al 95%;

***: Significativo al 0,001; **:Significativo al 0,01; *Significativo al 0,05

Fuente: Elaboración propia

Igualmente, es más probable encontrarla entre las personas valoradas como grandes dependientes que entre los afectados por una dependencia severa o moderada.

Servicio de Atención Residencial a Mayores (SARM)

Los resultados (cuadro 6.32.) corroboran que se trata de un servicio para mayores de 65 años, sin diferencias significativas entre los dos grupos de edad contemplados en este tramo (mayores y menores de 85 años).

Cuadro 6.32. Regresión logística para el servicio de atención residencial a mayores (SARM)

		IC	
	OR	Inferior	Superior
Características socio-demográficas			
Edad (ref.: menor de 65 años)			
65-84 años	6,469***	6,027	6,944
Mayor de 85 años	6,163***	5,737	6,621
Género (ref.: hombre)			
Mujer	0,904***	0,871	0,939
Nivel de renta (ref.: inferior a 1.279 euros)			
1.279-6.390 euros	11,333***	9,821	13,078
6.391-12.780 euros	27,527***	23,92	31,678
12.781-17.710 euros	12,956***	11,086	15,141
Más de 17.170 euros	3,029***	2,43	3,776
Estado funcional y de salud			
Grado de dependencia (ref.: moderada/ severa)			
Gran dependencia	1,847***	1,786	1,911
R ² Nagelkerke		0,203	

OR: odd ratio; IC: intervalo de confianza al 95%;

***: Significativo al 0,001; **:Significativo al 0,01; *Significativo al 0,05

Fuente: Elaboración propia

Las mujeres tienen una probabilidad ligeramente inferior que los hombres de utilizar este recurso mientras que la probabilidad más elevada de obtenerlo se da en el grupo de personas con ingresos comprendidos entre el 50% y el 100% del IPREM.

Por grupos de renta, las personas que cuentan con menores ingresos son las que tienen menor probabilidad de contar con este tipo de servicio.

Se aprecia una clara vinculación con la renta, pues si excluye el tramo inferior, donde puede estar interfiriendo el hecho de que una parte importante de las personas beneficiarias son menores, la mayor probabilidad se presenta en el segundo tramo de renta disminuyendo a medida que aumenta ésta.

En función del grado de dependencia, los grandes dependientes tienen también más probabilidad de recurrir a las residencias de mayores que los moderados o dependientes severos.

Unidades de Estancia Diurna (UED)

Cuadro 6.33. Regresión logística para el servicio de unidad de estancia diurna (UED)

		IC	
	OR	Inferior	Superior
Características socio-demográficas			
Edad (ref.: menor de 65 años)			
65-84 años	6,469***	6,027	6,944
Mayor de 85 años	6,163***	5,737	6,621
Género (ref.: hombre)			
Mujer	0,904***	0,871	0,939
Nivel de renta (ref.: inferior a 1.279 euros)			
1.279-6.390 euros	11,333***	9,821	13,078
6.391-12.780 euros	27,527***	23,92	31,678
12.781-17.710 euros	12,956***	11,086	15,141
Más de 17.170 euros	3,029***	2,43	3,776
Estado funcional y de salud			
Grado de dependencia (ref.: moderada/ severa)			
Gran dependencia	1,847***	1,786	1,911
R ² Nagelkerke		0,203	

OR: odd ratio; IC: intervalo de confianza al 95%;

***: Significativo al 0,001; **:Significativo al 0,01; *Significativo al 0,05

Fuente: Elaboración propia

Por grupos de edad, las personas mayores de 65 años tienen poca probabilidad de que les sean asignados estos servicios, sin distinción entre hombres y mujeres.

Por renta, la probabilidad más elevada se da en el tramo superior de ingresos, aunque es similar a la de los grupos comprendidos entre el 20% y el 100% del IPREM.

Por último, los grandes dependientes presentan una probabilidad algo mayor que los dependientes moderados o severos (cuadro 6.21)

Modelo logístico multinomial

Como ya hemos dicho con anterioridad el modelo logístico multinomial toma como referencia la PECF, por ser la más numerosa.

Las estimaciones del modelo muestran la influencia de las distintas variables en relación con la PECF, lo cual es útil, por ejemplo, para ver cómo influyen las distintas variables a la hora de pasar de ser cuidados en casa por familiares a ser cuidados en una residencia o por personal cualificado. En este caso, las categorías de referencia de las variables están invertidas (la categoría de referencia es la última).

En el cuadro 6.34. se presentan los resultados de la regresión logística multinomial. De su análisis se pueden extraer algunas conclusiones:

- Entre los menores de 65 años, las residencias para la atención a personas discapacitadas son las que concentran la mayor probabilidad de ser asignadas como recurso, seguidas de las unidades de estancia diurna. Ese mismo patrón, aunque menos acentuado, se observa entre los mayores de 65 y menores de 85 años;
- Entre los hombres, las mayores probabilidades se encuentran en los servicios de atención al domicilio y los servicios residenciales, ya sea para personas discapacitadas o mayores.
- Por niveles de renta, las personas con menos ingresos parecen dirigirse con más probabilidad hacia el servicio de atención al domicilio, mientras que los grupos centrales de renta optan con más probabilidad por los servicios de atención residencial.
- En último lugar, los dependientes moderados y severos presentan una mayor probabilidad de recurrir al servicio de atención al domicilio que a cualquier otro servicio.

**Cuadro 6.34. Regresión logística multinomial para la recepción de prestaciones
(Referencia: prestación económica de cuidados en el entorno familiar, PECEF)**

Variables	PEVS	SAD	SARD	SARM	UED
Características socio-demográficas					
Edad (ref.: mayor de 85 años)					
Menor de 65 años	0,130*** (0,109-0,156)	0,087*** (0,083-0,091)	588,986*** (354,280-979,183)	0,150*** (0,140-0,162)	4,729*** (4,441-5,036)
65-84 años	0,502*** (0,458-0,550)	0,685*** (0,663-0,707)	26,423*** (15,756-44,311)	0,977 (0,942-1,013)	1,402*** (1,312-1,498)
Sexo					
(ref.: mujer)	0,557*** (0,503-0,617)	1,217*** (1,178-1,257)	1,200*** (1,126-1,278)	1,136*** (1,093-1,181)	0,974 (0,934-1,016)
Nivel de renta (ref.: más de 17.170 euros)					
Inferior a 1.279 euros	0,063*** (0,049-0,081)	7,906*** (7,252-8,620)	0,142*** (0,104-0,194)	0,566*** (0,453-0,707)	0,432*** (0,398-0,479)
1.279-6.390 euros	0,131*** (0,110-0,156)	6,952*** (6,387-7,566)	2,918*** (2,271-3,749)	7,070*** (5,926-8,435)	1,356*** (1,229-1,496)
6.391-12.780 euros	0,208*** (0,184-0,236)	0,479*** (0,439-0,522)	9,017*** (7,042-11,546)	7,673*** (6,452-9,125)	1,038 (0,941-1,144)
12.781-17.710 euros	0,652*** (0,564-0,754)	1,193*** (1,080-1,318)	7,698*** (5,929-9,993)	4,241*** (3,521-5,108)	0,437*** (0,377-0,506)
Estado funcional y de salud					
Grado de dependencia (ref.: Gran Dependencia)					
Moderada/Severa	0,424*** (0,390-0,461)	1,781*** (1,730-1,834)	0,437*** (0,410-0,465)	0,580*** (0,560-0,600)	0,749*** (0,719-0,779)
R ² Nagelkerke	0,451				

Se muestran los odd ratios y los intervalos de confianza al 95%;

***: Significativo al 0,001; **Significativo al 0,01; *Significativo al 0,05

Fuente: Elaboración propia

7. CONCLUSIONES

Desarrollado el trabajo de investigación objeto de esta tesis doctoral, centrada en el estudio del impacto del gasto de atención a la dependencia, en este capítulo final se presenta las principales conclusiones del trabajo, poniendo de manifiesto las contribuciones más relevantes de la investigación llevada a cabo. Asimismo se hará referencia a sus limitaciones y se señalarán lo que, a nuestro juicio, pueden constituir líneas futuras de investigación de interés.

El objetivo principal del trabajo ha sido cuantificar el impacto del gasto en dependencia en Andalucía en términos de actividad, empleo y retorno fiscal, para valorar su capacidad de arrastre como un paso para poder considerar este gasto social como una inversión. Cuantificado el impacto, se verifica la hipótesis general formulada de su importante capacidad de arrastre sobre la economía y se confirma su carácter motriz que permite vincular gasto en dependencia y crecimiento. Además, en el contexto de una evolución de los Estados del Bienestar que tiene en los Cuidados de Larga Duración un elemento de importancia creciente, se puede concluir que el efecto multiplicador del gasto en dependencia es un factor clave para asegurar la sostenibilidad de la política de atención a la dependencia, y por extensión, del conjunto del Estado de Bienestar.

En el fondo, el planteamiento que subyace es que la relación entre eficiencia y equidad no tiene por qué ser siempre secuencial, es decir, que no necesariamente hay que crecer para redistribuir, sino que la propia redistribución es capaz de generar un impacto económico.

Han sido importantes en el cumplimiento del objetivo general alcanzar los objetivos de contexto. Por ello este análisis del sistema de cuidados de las personas dependientes, y la verificación de la hipótesis del papel multiplicador del gasto en dependencia se ha enmarcado, desde el principio, en el contexto del debate entre eficiencia y equidad, que ha formado parte nuclear del análisis de las políticas sociales desde que pueden considerarse como tales y especialmente desde que se configura el Estado del

Bienestar. El desarrollo de este sistema de protección y su crisis a raíz del cambio de contexto económico y social, ha promovido un enfoque novedoso que sitúa a las políticas sociales en otra dimensión respecto al crecimiento económico y el bienestar, otorgándoles capacidad para contribuir a la gobernanza de los intensos cambios sociales de carácter global al menos en el conjunto de países desarrollados, mayoritariamente europeos, que han alcanzado notables niveles de cohesión gracias a la profundidad y amplitud del Estado de Bienestar.

De la verificación de estas hipótesis de contexto, al analizar el papel que la atención a la dependencia está jugando en los países occidentales, se concluye que la formalización de la atención es un proceso irreversible, acelerado y de una extraordinaria dimensión. Los resultados del análisis de impacto y de retorno fiscal han puesto de manifiesto que la arquitectura del modelo de atención condiciona su viabilidad y su contribución a la generación de actividad económica por la diferente capacidad de arrastre que tienen los distintos tipos de prestaciones y servicios.

Como se analiza y se concluye, en la perspectiva de este debate sobre la dualidad eficiencia-equidad, el gasto en dependencia, sea como una parte del gasto social, sea en el marco de la consideración del conjunto de la política social, tiene un papel activo, no restrictivo, que en definitiva supone su consideración más como una inversión que como un gasto.

Tal y como se avanzaba al formular los objetivos de la investigación, verificar la hipótesis formulada ha sido necesario alcanzar unos **objetivos instrumentales** que permiten formular las siguientes conclusiones.

Primera. Se ha producido una clara vinculación entre cambio social, fuentes de crecimiento y cuidados en la transformación del modelo de Estado de Bienestar

La política destinada a dar respuesta a las necesidades de los Cuidados de Larga Duración, como parte de la política social, se encuadra en el sistema de organización de la protección social que, en el ámbito de los países occidentales, se ha dado en llamar Estado del Bienestar.

Este modelo encuentra su apogeo entre las décadas de los cincuenta a los setenta del siglo pasado, etapa conocida como Edad de Oro del Estado del Bienestar en la que se asistió a un círculo virtuoso entre crecimiento económico, redistribución social, desarrollo democrático y división del comercio internacional. A partir de ella, las crisis económicas y el ascenso de la ideología liberal lo empujaron a una suerte de reforma permanente, si bien con niveles de protección muy elevados.

La realidad es que se ha registrado un proceso muy dinámico de reforma del bienestar, para atender un mundo muy diferente del que vio nacer el Estado del Bienestar, cambios que han alumbrado nuevos riesgos que no existían cuando el Estado del Bienestar se consolidó durante su Edad de Oro. La acelerada internacionalización económica que ha generado un mundo global, mercados de trabajo postindustriales en los que existen dificultades de acceso al mercado de trabajo, inestabilidad laboral, condiciones laborales y salariales que ya no garantizan salir de la pobreza; una mayor inestabilidad familiar y el crecimiento de las familias monoparentales; un cambio demográfico presidido por el envejecimiento de la población que aflora la cuestión de los Cuidados de Larga Duración, el problema de la conciliación de la vida familiar y atención a la familia que afecta fundamentalmente al empleo de las mujeres que necesitan, dado el modelo imperante de doble ingreso familiar como requisito para acceder a clase media, no estar condicionadas por la carga de cuidar a personas dependientes que les haga convertirse en “*supermujeres*” (Moreno, 2003), son nuevos riesgos que el estado del Bienestar tiene que afrontar (Esping-Andersen et al., 2002; Esping-Andersen y Palier, 2010).

No obstante, atender básicamente los mismos problemas, no implicó que no se difiriese en las respuestas, lo que nos impide hablar de un único Estado del Bienestar; por el contrario, vieron la luz diversos modelos que han evolucionado de manera diferente. Así, es posible diferenciar en Europa cuatro grandes modelos: liberal, conservador-corporativo socialdemócrata y mediterráneo. El régimen de bienestar Mediterráneo es donde podemos ubicar a España. Un Estado del Bienestar de desarrollo tardío en transformación en el que la familia juega todavía un papel decisivo

en la protección social, con estructura de previsión social dual, y un déficit programas de asistencia social y apoyo a la familia, y una estructura institucional muy fragmentada.

Estos rasgos básicos han sido determinantes en la evolución real de modelo de atención a la dependencia implantado por la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (LAPAD), y consecuentemente el alcance de su transformación en factor movilizador de actividad y empleo.

Sobre el reto de mantener los Estados del Bienestar pesa un corto plazo dominado por la exigencia del equilibrio en las cuentas públicas, de forma que todo lo cubre una marea de la preventiva de austeridad. .

Es necesario avanzar en un nuevo enfoque en la conceptualización del Estado del Bienestar que apunte a que las políticas sociales deberían pasar de un planteamiento pasivo a uno activo, más preparador que reparador. El resultado es que se ha configurado un nuevo paradigma, todavía emergente, en el que se debe insertar los CLD y que explica ese papel central que ahora juegan: el ***Estado de Inversión Social*** (Morel, Palier y Palme, 2012b, 2015).

Un paradigma que se basa en la integración de lo social y económico, la inversión para la igualdad de oportunidades, la participación de la mayoría de los ciudadanos en la fuerza de trabajo con el fin asegurar la cohesión social y la competitividad económica. Su base es que la teoría del capital humano aporta una base suficiente para considerar que un gasto, como es el social, que pueda influir directamente o indirectamente en la capacidad este capital humano, puede considerarse una inversión.

Segunda. Los factores que determinan los cuidados de Larga duración, demanda y oferta de cuidados han evolucionado provocando una crisis de los cuidados, que dota a los CLD de una centralidad en el cambio de los Estados del Bienestar; una transformación irreversible que las perspectivas de gasto sitúan como una de los grandes retos de futuro.

En el horizonte próximo todos los países experimentarán un acelerado envejecimiento de la población, una tendencia pronunciada que no tiene precedentes históricos, ya que si los últimos 60 años, los países del mundo han experimentado un ligero aumento de la proporción de personas mayores de 60 años, del 8% al 10%, en las próximas décadas los mayores aumentarían hasta el 22%. Esto supone un salto de 800 a 2.000 millones de personas. Junto con la evidencia del envejecimiento acelerado de las poblaciones en el mundo, los cambios en los modelos familiares y la incorporación de la mujer al mundo laboral, han situado los Cuidados de Larga Duración (CLD), en un primer plano, atribuyéndole un protagonismo que anteriormente no tenían. Es claro que los CLD constituyen un reto al que las sociedades deben dar respuesta y que el futuro del bienestar de nuestras sociedades dependerá, en gran medida, de la forma en la que se articule.

Estas transformaciones han aumentado la presión sobre las políticas sociales. La intervención pública en la provisión de CLD, relativamente poco desarrollada, ha pasado a ocupar un lugar central en los debates y propuestas de reforma de los Estados del Bienestar europeos pues hasta ahora se ha minusvalorado la importancia de los cuidados en la sostenibilidad de las economías capitalista de mercado.

Los CLD se han convertido en claves para mantener la capacidad de seguir proporcionando Bienestar a los ciudadanos europeos, con una relativa convergencia en la respuesta, aunque los diferentes modelos de bienestar, y consecuentemente los regímenes de cuidados, han presentado sus peculiaridades. En el caso de los países del sur de Europa y singularmente de España estarían afrontando una transición partiendo de sistemas de protección asistencial basados en la solidaridad de la familia, y evolucionando gradualmente hacia modelos de tipo universalista.

De acuerdo con los distintos escenarios el gasto público en CLD de la UE podría hasta triplicarse entre 2013 y 2060, pasando del 1,6% al 4,3% del PIB en el escenario más pesimista, o crecer casi un 70%, pasando del 1,6% al 2,7%, en el más optimista. Es evidente que una horquilla que oscila entre el 69% y el 168% evidencia un crecimiento muy intenso. Esta evolución de los gastos es muy preocupante y lleva a preguntarse no

sólo si los actuales sistemas pueden asumir esta presión, sino también de dónde saldrán los recursos necesarios - humanos y financieros – para afrontar este reto de la sostenibilidad.

Es la irreversibilidad y contundencia de este cambio el que empuja a transformar los modelos de CLD, su forma de dar respuesta y también la forma en la que se considera su relación con la producción, como reclama el nuevo paradigma del Estado de Inversión Social. El número de personas mayores crecerá rápidamente, generando un importante crecimiento de la demanda de cuidados a larga duración, la oferta de cuidadores potenciales, tanto formales como informales, se reducirá y los gobiernos tendrán cada vez más dificultades para hacer una provisión pública suficiente de la atención que se necesita dentro de unos presupuestos públicos ya fuertemente presionados. Este es el cambio: el gasto social debe considerarse en términos de capacidad de arrastre e inversión, no como un mero consumo, pues las necesidades de cuidados, y de gasto son evidentes, y no van a desaparecer.

Tercera. La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia no ha logrado sus objetivos de cambiar el modelo de Cuidados de Larga Duración.

España se incorpora relativamente tarde al conjunto de países que ha desarrollado un sistema de cuidados de larga duración (CLD) para atender a las personas dependientes. Su clara adscripción al régimen de bienestar Mediterráneo, caracterizado por un bajo desarrollo de los servicios públicos, reducido gasto público social y enorme peso de la familia como proveedora de bienestar, favoreció este retraso.

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), es un intento de romper con este modelo y avanzar hacia un modelo universal más formalizado. El sistema a pesar de suponer un salto considerable respecto al sistema tradicional, no ha alcanzado sus objetivos y está lejos de estar bien asentado debido a las medidas de austeridad que truncaron su adecuada implementación (EC y SPC, 2014). A pesar de

los claroscuros en su desarrollo y los perjuicios causados por los recortes aplicados en los últimos años, que estuvieron cerca de dinamitar el sistema, su propia supervivencia lo convierte en una historia de éxito

Su desarrollo real puede resumirse en una frase: más dependientes de los esperados y menos servicios de los buscados. Así, la apuesta teórica de la LAPAD por la prestación de servicios que rompiera el modelo de cuidados de orientación mediterránea hubo de confrontarse, precisamente, a la realidad de la situación de los cuidados en España. Las prestaciones económicas vinculadas al cuidado en el entorno familiar concebidas como excepcionales en la Ley se convirtieron en la prestación mayoritaria frente a los servicios que la misma quería impulsar.

Este cambio incompleto de modelo de atención a la dependencia ha supuesto, aunque lejos de las previsiones realizadas antes de su puesta en marcha, una importante inyección de actividad y generación de empleo, como muestran los escasos estudios realizados. Una escasez en la que la falta de información ha jugado un papel importante. Especialmente importante ha sido la capacidad de creación de empleo en un contexto de pérdida intensa y acelerada de puestos de trabajo como consecuencia de la crisis económica. No olvidemos que según la EPA se han perdido dos millones y medio de empleos desde 2008, mientras el sector de la dependencia ha sido capaz de generar 70.000. En términos de afiliación a la Seguridad Social, si desde que se implantó la LAPAD se han perdido más de dos millones cien mil empleos, la afiliación en las actividades vinculadas a la dependencia ha crecido entre 128.000 (datos IMSERSO) y 150.000 (datos ministerio de Empleo).

Además un cálculo realizado sobre potencial de creación de empleo en función de la sustitución de trabajo informal por formal, supondría una creación de empleo que oscilaría entre los 459.626 y los 912.252 para España, y en el caso de Andalucía entre los 97.085 y los 196.169 empleos, entre un 7% y un 13,9% del desempleo de finales de 2014. Dado que la mayor parte del cuidado informal lo realizan mujeres, los datos en este caso son todavía más significativos. Así en el total nacional, la creación de empleo oscilaría entre 34.891 y 695.782, es decir entre un 13,2% y un 26,4% del desempleo

existente en 2014. En Andalucía, estaríamos hablando de entre 76.629 y 153.258, entre el 11,1% y el 22,2% del desempleo.

Probablemente no exista en este momento ningún sector en España con esta capacidad de generación de empleo. Desde este punto de vista, la atención a la dependencia no solo supone un derecho a consolidar para perfeccionar nuestro estado de Bienestar, sino una oportunidad para abordar el problema del desempleo. Conclusión muy importante, por la evolución hacia un modelo mucho más institucionalizado en un contexto de fuerte crecimiento de las necesidades, que manifiesta la irreversibilidad del cambio en los CLD y su magnitud.

El resultado en términos de necesidades de cuidados, oferta de personas cuidadoras y gasto en los cuidados puede ser explosivo. Las proyecciones de gasto partiendo de un coste estimado en porcentaje del PIB de un 1% así lo ponen de manifiesto. Si hasta 2030 los crecimientos oscilan entre el 20% y el 60%, en el horizonte de 2060 hay escenarios que multiplican por cuatro el gasto de 2013, con un intervalo entre el 2.3% y el 4.1 % (EC, 2015). Un gasto en CLD con un crecimiento futuro muy intenso que puede superar a largo plazo al gasto en educación.

Con estas perspectivas, el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia deberá hacer un importante esfuerzo para dar cobertura a todas las personas en situación de dependencia, con fuertes incrementos de gasto y por lo tanto de una respuesta amplia y profunda de nuestro sistema de cuidados a la dependencia.

Cuarta. El modelo de financiación no es un factor incentivador de la transformación del sistema de cuidados a la dependencia porque requiere un esfuerzo financiero muy desequilibrado entre administraciones

El modelo de financiación en modo alguno es incentivador del cambio, puesto que las CC.AA deben asumir un mayor porcentaje de gasto a medida que la prestación tiene mayor coste, puesto que la financiación que reciben está vinculada al dependiente y su grado no al tipo de servicio que reciben.

El gasto en dependencia ha crecido un 64% desde 2009 siendo muy desigual según los financiadores. Mientras la aportación privada se ha duplicado la pública se ha incrementado en un 55%. El resultado es que las aportaciones de los usuarios no han dejado de aumentar hasta alcanzar el 19% del total, 9 nueve puntos más que en 2009, que son los que ha perdido el sector público. Pero a su vez, dentro el gasto público la evolución es muy diferente entre la AGE y las CC.AA. Éstas últimas han aumentado su aportación un 123%, el agente financiador que más esfuerzo ha realizado, pasando a suponer un 62,7% (casi dos de cada tres euros), la AGE ha reducido su aportación en un 24% de manera que su participación se ha reducido a la mitad, un 18%.

El sistema tiene un efecto desincentivador al plantear un sobreesfuerzo financiero para las CC.AA, pues mientras la aportación de la AGE es constante para cada grado, independiente del recurso que finalmente tenga asignado el dependiente, el coste no es el mismo para las CC.AA. En otras palabras mientras la AGE realiza el mismo esfuerzo financiero sea cual sea la prestación que recibe el dependiente, en el caso de la CC.AA. éste se puede multiplicar hasta por 20 dependiendo del tipo de prestación o asistencia que reciba. Mientras la aportación de la AGE a través del Mínimo Garantizado supone un 45,9% de la cuantía máxima del PECEF, es decir la aportación de la AGE casi financia el 50% del gasto para esta prestación económica en el grado III, en el caso de una plaza de residencia apenas cubre el 12% del total o poco más del 5% para las destinadas a los casos más graves de discapacidad.

Quinta. La atención a la dependencia en Andalucía a partir de la LAPAD ha desarrollado un modelo de universalización acelerada con un moderado nivel de institucionalización.

Es fundamental situar el ámbito de análisis de la dependencia en el nivel autonómico debido al carácter cuasi federal de nuestro modelo territorial y con una ley que otorga todas las competencias de gestión a las administraciones territoriales. El caso de Andalucía puede ser especialmente relevante por su tamaño, es más grande que 14 países de la UE y más poblada que 13.

Andalucía ha sido desde el inicio del sistema la comunidad autónoma con mayor nivel de cobertura con un grado de prestaciones económicas solo algo más elevado que la media nacional. Su rasgo más característico es que se trata de un modelo basado en la atención en el hogar tanto con cuidados informales como formales. Las PECEF y el SAD concentran el 77% de las prestaciones. En los últimos cuatro años el esfuerzo por sustituir los cuidados informales asociados a las PECEF ha reducido en 8 puntos porcentuales su participación en favor de otros más formalizados, especialmente la atención domiciliaria.

Además, del modelo de prestación otro de los rasgos característicos de los dependientes andaluces es un bajo nivel de renta. Los mayores, que son la inmensa mayoría de las personas dependientes, se sitúan mayoritariamente entre 1 y 2 IMPREM, seguido de los que están entre el 20% y el 100 % de un IMPREM. Esta distribución es acorde con el nivel de pensiones y especialmente con las no contributivas y de viudedad muy generalizadas por el importante número de mujeres.

El esfuerzo realizado por ambas administraciones, la central y la autonómica ha sido importante dada la reducción de gasto generalizado, aunque la intensidad de ambos niveles de gobierno ha sido muy asimétrica, pues mientras la AGE ha multiplicado por 4 los fondos, la Junta de Andalucía lo ha hecho por 12.

Sexta. Andalucía realiza un elevado gasto en atención a la dependencia, 1314 millones de euros, un 85 % del cual total es público y un 15 % privado.

El gasto estimado para la atención a la dependencia en Andalucía asciende a 1.314 millones de euros, lo que supone un 0,9 % del PIB, mientras que el gasto público supone un 0,8 %, cifras que muestran que se está realizando un esfuerzo muy importante para dar respuesta a las necesidades de cuidado de las personas dependientes.

La Junta de Andalucía asume el 66% el total, la Administración General de Estado el 19%, y el restante 15%, las personas usuarias. En comparación con los datos a nivel nacional estimados por Barriga et al. (2015) sobre la distribución entre gasto privado y

público para España, ya que no existen datos oficiales, en Andalucía es menor el gasto privado, lo cual es lógico dado que la renta media andaluza es inferior a la nacional. Además, la administración autonómica andaluza realiza un esfuerzo financiero mayor que la media de las CC.AA. para compensar los más de cuatro puntos de diferencia que existen en la aportación de los usuarios. La AGE también aporta por encima de la media.

Por tipo de servicio/prestaciones PECEF, SAD y SARM son los que mayor gasto concentran, casi 1.000 millones de euros. En cuanto al peso de la aportación de los usuarios en las distintas prestaciones, oscila entre el 67% de la PEVS, y el 1,4% del SAD. El grueso del gasto lo generan los servicios, más del 70% del total y más del 65% del gasto público para atender al 38% de los beneficiarios. Por contra las PECEF suponen uno de cada dos prestaciones y representa el 29% del gasto total.

Establecido el marco de irreversibilidad, dimensión y caracterización de los CLD se ha realizado una estimación del impacto de la atención a la dependencia en la economía andaluza y de su retorno fiscal, que aporta evidencia sobre la consideración de este tipo de gasto como una inversión, en la línea el planteamiento del nuevo paradigma sobre los Estados de Bienestar conocido como Estado de Inversión Social. La conclusión general de este trabajo empírico es que ***el gasto en dependencia genera un fuerte impacto en la economía andaluza***. Esto se ha verificado a partir de las siguientes conclusiones específicas.

1) La contribución a los grandes agregados macroeconómicos de Andalucía es superior al impulso de demanda que supone el gasto en atención a la dependencia.

El gasto asociado a las prestaciones y servicios de la atención a la dependencia tiene un efecto multiplicador tanto en términos de producción como sobre el valor añadido. Los 2016,9 millones de euros de producción interior y los 1213,8 de PIB ponen de manifiesto la importancia del efecto que tiene el gasto en dependencia y como la

utilización de multiplicadores tipo II mejora el conocimiento de este efecto. De esta manera, la primera conclusión que puede extraerse es que la atención a la dependencia genera más valor añadido en la economía que lo que supone el impulso de demanda que supone la dependencia. Hay que tener en cuenta para valorar en su justa medida estas magnitudes que, como en cualquier economía abierta, y más en una de carácter regional que presenta más grado de apertura que una nacional, se produce una importante fuga de actividad, 283,7 millones de euros de importaciones, un 22% de la producción interior generada.

Aunque el PIB generado es ligeramente inferior al gasto total, representa algo más del 96 %, si se relaciona directamente con el gasto público el PIB generado es superior, un 13% más. Esto significa que además de su rentabilidad social, el gasto en dependencia también es un gasto rentable económicamente pues genera más actividad que el esfuerzo realizado por la sociedad para atender a los dependientes.

2) El grueso del impacto se produce por el efecto directo.

Más del 60 por ciento del impacto en el PIB lo genera el efecto directo, siendo el efecto inducido mayor que el efecto indirecto, lo que muestra que la capacidad de arrastre provocada por las rentas generadas en la atención a la dependencia es superior a la que provoca el requerimiento de inputs de los servicios que atienden a los dependientes.

3) La inmensa mayoría de los efectos se concentran en los servicios, con casi el 91 % del VAB generado.

Tanto en el efecto directo, como en el indirecto y el inducido el grueso de la actividad generada es en el sector servicios. Respecto del resto de sectores sólo hay un impacto significativo en el sector industrial, casi el 50 por ciento generado por el efecto indirecto, mostrando que existe una significativa capacidad de arrastre hacia el sector industrial.

4) *La atención a la dependencia ha mostrado una elevada capacidad de generación de empleo, muy concentrado además en personas de difícil inserción en el mercado laboral*

En base a las dos estimaciones realizadas la creación de empleo oscila entre 32.802 y los 33.282 a tiempo completo, y los 37.490 y los 41.383 totales. Algo más de 9.000 empleos a tiempo completo están generados por los efectos indirectos e inducidos. Este nivel supone que la dependencia en Andalucía genera un empleo equivalente a las dos terceras partes de todo el empleo que genera el sector industrial más emblemático de Andalucía, el agroalimentario, o más del 85 % de otro sector emblemático como es el hotelero, y más empleo que todo el sector financiero en Andalucía.

Existe una gran diferencia de coste para crear un empleo según el servicio del que se trate. Así, son más de 40.000 euros por puesto de trabajo en el sector residencial, 30.000 en la Unidades de Estancia Diurna y poco más de los 16.000 en el SAD, aunque este último dado se refiere al empleo total y no al equivalente a tiempo completo. Pero incluso realizando este cálculo con el empleo a tiempo completo, los 23.196,5 euros de coste por empleo en el SAD siguen muy por debajo del coste del resto de servicios.

La aproximación a las características de las personas que encuentran ocupación en este sector a partir del análisis de las personas que han solicitado una acreditación profesional en base a su experiencia laboral, y que, en gran medida, podemos asimilar a las personas ocupadas en servicios a la dependencia, muestra el perfil de mujeres maduras, más de 40 años, que mayoritariamente proviene de provincias interiores y/o con amplios ámbitos rurales, con un nivel de formación medio-bajo, y con poca experiencia laboral formalizada que pueda acreditarse

5) *La relación entre usuarios, gasto e impacto para las transferencias y los servicios muestra un modelo en escalera característico de un sistema de atención a la dependencia de universalización acelerada con formalización moderada.*

La comparación entre el impacto que produce los servicios frente a las transferencias ha permitido mostrar claramente que el modelo de atención formalizada genera un mayor impacto en términos económicos y de empleo que en un contexto de limitación presupuestaria se produce un *trade-off* ente impacto económico y personas atendidas. Esta constatación es muy importante a la hora de tomar decisiones sobre el modelo de atención: ya que si consideramos exclusivamente la vertiente del gasto, obviando la capacidad de arrastre del mismo, optaríamos por un modelo basado en transferencia que genera menor coste, renunciando a todo el potencial económico que tiene el modelo de servicios. Se pone de nuevo en evidencia que el gasto social es una inversión.

La distribución entre transferencias y servicios en usuarios, gasto, producción, PIB y empleo, muestra que mientras las transferencias van perdiendo peso a medida que se avanza en la consideración de su impacto los servicios lo van ganando. Así, mientras que mediante las transferencias se atiende al 50 de los dependientes, con el 30% del gasto del gasto, se genera el 20 % del impacto económico y el 13 % del empleo, en caso de los servicios, se atiende al otro 50 % de los dependientes, con el 70 % del gasto, el 80 % del impacto económico, y casi el 90 del empleo.

6) El retorno fiscal generado por la actividad impulsada por el gasto en dependencia es muy elevado.

De cada euro gastado en atención a la dependencia en Andalucía, el coste neto para las AA.PP. sería de 55 céntimos., es decir el retorno estimado es del 44,5 %. La inmensa mayoría de los retornos están vinculados al empleo dado que entre IRPF y cotizaciones sociales supone casi el 80 % de los mismos.

En cuanto a la distribución entre administraciones de este retorno, al igual que el gasto, es muy asimétrica, aunque inversa a aquella. Ahora son las Administraciones Centrales, Seguridad Social y AGE, las reciben la mayor parte, en una proporción de 4 a 1.

7) El esfuerzo financiero neto de cada administración en la financiación de la dependencia intensifica la asimetría de la financiación bruta y refuerza el efecto desincentivador del desarrollo de un modelo con más servicios.

Al computar el Esfuerzo Financiero Neto, gasto menos ingresos, la asimetría en la financiación de la atención a la dependencia, ya muy elevada en términos estrictos de financiación bruta, se amplía de forma notable, hasta duplicar esta proporción en el reparto por administraciones. Así, en términos de Esfuerzo Financiero Neto, la Comunidad Autónoma de Andalucía aporta 7 veces más que la Administración General del Estado.

8) Las características de los dependientes condicionan la prestación que parece ajustarse a los la características personales y de grado de discapacidad que las socioeconómicas.

Los resultados del análisis multinomial ofrecen un perfil de los factores que condicionan una u otra prestación:

- Entre los menores de 65 años, las residencias para la atención a personas discapacitadas son las que concentran la mayor probabilidad de ser asignadas como recurso, seguidas de las unidades de estancia diurna. Ese mismo patrón, aunque menos acentuado, se observa entre los mayores de 65 y menores de 85 años;
- Entre los hombres, las mayores probabilidades se encuentran en los servicios de atención al domicilio y los servicios residenciales, ya sea para personas discapacitadas o mayores.
- Por niveles de renta, las personas con menos ingresos parecen dirigirse con más probabilidad hacia el servicio de atención al domicilio, mientras que los grupos centrales de renta optan con más probabilidad por los servicios de atención residencial.
- En último lugar, los dependientes moderados y severos presentan una mayor probabilidad de recurrir al servicio de atención al domicilio que a cualquier otro servicio.

Limitaciones y futuras líneas de investigación.

La dependencia es todavía la gran olvidada de las políticas sociales, a pesar de la enorme importancia que ha adquirido en la sociedad y la relativa atención que ha recibido por parte de los investigadores. Si su juventud como política puede explicar en parte este olvido, no puede justificar la oscuridad estadística existente que limita enormemente las posibilidades de conocimiento del fenómeno. Comparado con la educación o la sanidad está a años luz.

Poner de manifiesto esta situación e intentar aportar un humilde grano de arena para revertir esta situación ha sido uno de los motivos para acometer esta tesis. Por eso, este trabajo no está exento de las limitaciones que impone este desierto informativo. Así, ha supuesto un gran avance respecto de otras investigaciones disponer de información directa sobre los dependientes y el coste de su atención, pero a su vez ello ha implicado un enorme trabajo de adecuación y, a la postre, ha limitado el alcance del trabajo realizado. Es cierto que es la primera vez que se utilizan datos reales de la población y no encuestas o muestras, pero también que disponer de una única referencia impide todas las ventajas que tiene una serie para contrastar y, sobre todo, para profundizar en las tendencias más que en la situación en un momento concreto, máxime cuanto se trata de una política que evoluciona rápidamente y que está lejos todavía lejos de mostrar un patrón claro. La solidez de las conclusiones obtenidas se resiente por este hecho.

En este sentido, una limitación importante ha sido el contenido de la base de datos sobre la que se ha basado todo el trabajo, pues salvo el dato de la capacidad económica, no incorporaba ninguna otra información sobre la situación familiar que mejorase la comprensión de los factores determinantes de la elección del recurso de atención. Aspecto vital para mejorar el conocimiento de los determinantes del coste y de su impacto económico, y así poder orientar la política de Cuidados de Larga Duración hacia un mejor acomodo a la situación del dependiente y su familia a la vez

que favorecer una contribución mayor al potencial económico del país y una mayor sostenibilidad.

Otra fuente de limitaciones es la derivada de la metodología utilizada, tanto desde la perspectiva general, modelo Input-Output, como de instrumento concreto utilizado MIOAN 2010 (IECA, 2015b), Así, tal y como reiteradamente señala la literatura, la metodología input-output es muy válida para este tipo de estimaciones pero no deja de presentar limitaciones, especialmente las referidas a la constancia y proporcionalidad de los coeficientes técnicos, lo supone una debilidad ante las variaciones de precios y los cambios tecnológicos. Sobre el MIOAN 2010, aunque de reciente publicación, pesa la duda de si una crisis tan intensa como la que estamos padeciendo puede provocar una obsolescencia de los coeficientes técnicos más rápida que en situaciones menos convulsas. A este hecho, hay que añadir que en la sectorización de la tabla simétrica no se desagregan en las actividades servicios sociales entre aquellas que ofrecen alojamiento de las que no. Esta falta de desagregación limita la fiabilidad de la estimación por la diferente estructura de costes de una y otra, que hubiera mejorado si la estimación del impacto del gasto en residencias y en los Servicios de Ayuda a domicilio se pudieran haber desagregado a través de sus correspondientes sectores.

A pesar de las limitaciones reseñadas, entendemos que se han alcanzado los principales objetivos de investigación que se plantearon para este trabajo, y se abren nuevas líneas de investigación.

La hipótesis nuclear de este trabajo queda confirmada con los datos, por lo que el cambio de enfoque para considerar este gasto como una verdadera inversión queda despejado al menos parcialmente, pendiente de corroborar su impacto a la largo plazo por la mejora en la oferta de la economía vía capital humano como señala el paradigma emergente del Estado del Bienestar. No hay que olvidar la centralidad que ocupa en este nuevo paradigma emergente la conciliación de la vida familiar y laboral y la importancia que los sistemas de Cuidado de Larga Duración juegan en ella.

Así, para avanzar en el cambio de enfoque que considera el gasto en dependencia como una inversión, resultaría de interés replicar esta estimación para el conjunto de España, e incluso en las distintas Comunidades Autónomas, caracterizando los distintos modelos y calculando el impacto.

En cuanto al estudio del impacto a largo plazo de las políticas de atención a la dependencia por la vía de la mejora de la oferta y la productividad, la vinculación entre políticas sociales y capital humano que establece el paradigma emergente del Estado de Inversión Social ofrece una oportunidad de profundizar en la relación entre política de dependencia y crecimiento económico que consolide su consideración como una inversión.

El grueso de la investigación sobre capital humano y crecimiento ha estado centrado en el papel de la dotación de capital analizando el papel de la formación, pero no se ha avanzado en la disponibilidad real del mismo, en la línea del enfoque de las capacidades planteado por Amartya Sen (2003). A priori las políticas de CLD posibilitan el despliegue de todo el potencial del capital humano, en la medida que permiten conciliar vida laboral y familiar, especialmente para quienes asumen el grueso de las tareas de cuidados como son la mujeres, pero no se ha avanzado prácticamente nada en el conocimiento de esta relación.

Por último, una línea de investigación muy interesante es la territorial, hasta ahora ausente del análisis sobre la dependencia, que como mucho se ha situado a nivel regional, pero nada sobre niveles territoriales más reducidos. El breve análisis realizado a nivel de Zona de Trabajo Social, apunta la posibilidad de descender al nivel de los mercados locales de empleo para incorporar las características territoriales al análisis y estudiar cómo influyen en la atención a los dependientes y como se ven influidas, especialmente las variables más directamente relacionadas con el mercado de trabajo.

ANEXO. Gráficos y Cuadros complementarios al capítulo 6.

Gráfico A.6.1. Tabla de origen para Andalucía, a precios básicos, incluida una transformación a precios de adquisición

3.2.1 Productos	Ramas 1 2 m	Total ramas de actividad	Importaciones Cif(RE y RM)	Oferta total a precios básicos	Márgenes comercio y transporte	Impuestos netos sobre los productos	Oferta total a precios de adquisición
1 2 . n	Producción a precios básicos por n productos y por m ramas de actividad						
Producción Interior Pb	Producción interior por rama de actividad, a precios básicos						
Consumo en el exterior de residentes							
Producción Regional Pb	Producción regional por rama de actividad, a precios básicos						
De mercado							
Para uso final propio							
Otra no de mercado							

Fuente: MIOAM (2010)

Gráfico A.6.2. Tabla de destino para Andalucía

Productos	Ramas	Total consumos Intermedios	Gasto en consumo final	FBC	Exportación (fob)	Demanda final	Empleos totales
	1 2 m						
1 2 . n	Consumos Intermedios a precios básicos, por n productos y por m ramas de actividad		a) consumo individual de los hogares b) consumo individual de las AAPP e ISFLSH c) consumo colectivo d) FBCF e) variación de existencias f) exportaciones				
Total interior a precios básicos	Consumos Intermedios totales a precios básicos, por rama de actividad		Empleos finales interiores a precios básicos, por tipos de empleo				Empleos totales interiores a precios básicos
Impuestos netos sobre los productos	Impuestos netos sobre los productos, de los empleos Intermedios, por ramas		Impuestos netos sobre los productos, de los empleos finales.				Impuestos netos sobre los productos totales
Total interior a precios de adquisición	Consumos Intermedios totales a precios de adquisición, por rama de actividad		Empleos finales interiores a precios de adquisición, por tipos de empleo				Empleos totales interiores a precios de adquisición
Consumo en el exterior de residentes			Consumo en el exterior de residentes				
Consumo en el interior de no residentes			Consumo en el interior de no residentes				
Total regional a precios de adquisición	Consumos Intermedios totales a precios de adquisición, por rama de actividad		Empleos finales regionales a precios de adquisición, por tipos de empleo				Empleos totales regionales
Sueldos y salarios Cotizaciones sociales	Componentes del valor añadido por rama de actividad						
Otros impuestos netos sobre la producción							
Excedente Bruto de Explotación/ Rentas mixtas							
VAB a precios básicos	Valor añadido por rama de actividad						
Producción total a precios básicos	Producción a precios básicos por rama de actividad						
Puestos de trabajo, empleo equivalente y horas trabajadas	Asalariados y no asalariados						

Fuente: MIOAM (2010)

Gráfico A.6.3. Tabla input-output simétrica para Andalucía

Ramas Homogéneas	Ramas homogéneas 1 2 ... m	Total consumos Intermedios	Gasto en consumo final	FBC	Exportación (RE, RM)	Demanda final	Empleos totales
1 2 m	Consumos Intermedios a precios básicos, por ramas homogéneas procedentes de		a) consumo Individual de los hogares b) consumo Individual de las AAPP e ISFLSH c) consumo colectivo d) FBCF e) variación de existencias f) exportaciones				
Total Interior a precios básicos	Consumos Intermedios totales, a precios básicos, por ramas homogéneas.		Empleos finales interiores, a precios básicos, por tipos de empleo.				Empleos interiores a precios básicos
Impuestos netos sobre los productos	Impuestos netos sobre los productos, de los empleos intermedios, por ramas.		Impuestos netos sobre los productos, de los empleos finales.				Impuestos netos sobre los productos totales
Total Interior a precios de adquisición	Consumos Intermedios totales, a precios de adquisición, por ramas homogéneas.		Empleos finales interiores, a precios de adquisición, por tipos de empleo.				Empleos interiores a precios de adquisición
Consumo en el exterior de residentes			Consumo en el exterior de residentes				
Consumo en el interior de no residentes			Consumo en el interior de no residentes				
Total regional a precios de adquisición	Consumos Intermedios totales, a precios de adquisición, por ramas homogéneas.		Empleos finales regionales, a precios de adquisición, por tipos de empleo.				Empleos regionales a precios de adquisición
Sueldos y salarios	Componentes del valor añadido por ramas homogéneas.						
Cotizaciones sociales							
Otros impuestos netos sobre la producción							
Excedente Bruto de Explotación/ Rentas mixtas							
VAB a precios básicos		Valor añadido por ramas homogéneas.					
Producción total a precios básicos	Producción a precios básicos por ramas homogéneas.						
Puestos de trabajo, empleo equivalente y horas trabajadas	Asalariados y no asalariados						

Fuente: MIOAM (2010)

Cuadro A.6.1. Correspondencia entre los productos en la Tabla Simétrica input-output y la matrices de origen y destino del MIOAN-2010 y CNAE 2009

	Productos TIO Simétrica	Tablas de Origen y Destino	CNAE 2009
1	Agricultura, ganadería y caza	1-4	01
2	Silvicultura y explotación forestal	5	02
3	Pesca y acuicultura	6	03
4	Industrias extractivas	7	05 a 09
5	Procesado y conservación de carne y elaboración de productos cárnicos	8	101
6	Procesado y conservación de pescados, crustáceos y moluscos	9	102
7	Preparación y conservación de frutas y hortalizas	10	103
8	Fabricación de grasas y aceites	11	104
9	Fabricación de productos lácteos	12	105
10	Fabricación de productos de molinería, de panadería y de pastas alimenticias	13	106 - 107
11	Otras industrias alimenticias. Tabaco	14	108 - 109 - 12
12	Fabricación de bebidas	15	11
13	Industria textil, confección de prendas de vestir, industria del cuero y del calzado	16	13 a 15
14	Industria de la madera y del corcho	17	16
15	Industria del papel	18	17
16	Artes gráficas y reproducción de soportes grabados	19	18
17	Coquerías y refino de petróleo	20	19
18	Fabricación de productos químicos básicos, pesticidas y otros productos agroquímicos	21	201 - 202
19	Fabricación de pinturas, artículos de limpieza, perfumes, cosméticos y otros productos químicos	22	203 a 206
20	Fabricación de productos farmacéuticos	23	21
21	Fabricación de productos de caucho y plástico	24	22
22	Fabricación de cemento, cal, yeso y sus derivados	25	235 - 236
23	Fabricación de productos cerámicos, azulejos, ladrillos y otras tierras cocidas para la construcción	26	232 - 233 y 234
24	Industrias del vidrio y de la piedra	27	231 - 237 y 239
25	Metalurgia. Fabricación de productos de hierro, acero y ferroaleaciones	28	24
26	Fabricación de productos metálicos, excepto maquinaria y equipo	29	25
27	Fabricación de productos informáticos, electrónicos y ópticos	30	26
28	Fabricación de material y equipo eléctrico	31	27
29	Fabricación de maquinaria y equipo	32	28
30	Fabricación de vehículos de motor, remolques y semirremolques	33	29
31	Construcción naval	34	301
32	Fabricación de otro material de transporte, excepto construcción naval	35	302 a 309
33	Fabricación de muebles	36	31

(Continúa)

34	Otras industrias manufactureras	37	32
35	Reparación e instalación de maquinaria y equipo	38	33
36	Producción, transporte y distribución de energía eléctrica	39	351
37	Suministro de gas, vapor y aire acondicionado	40	352 - 353
38	Captación, depuración y distribución de agua	41	36
39	Recogida y tratamiento de aguas residuales; recogida, tratamiento y eliminación de residuos; valorización; actividades de descontaminación y otros servicios de gestión de residuos	42	37 a 39
40	Construcción	43	41 a 43
41	Venta y reparación de vehículos de motor y motocicletas	44	45
42	Comercio al por mayor e intermediarios del comercio, excepto de vehículos de motor y motocicletas	45	46
43	Comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicletas	46	47
44	Transporte terrestre y por tuberías	47	49
45	Transporte marítimo y por vías navegables interiores. Transporte aéreo	48	50-51
46	Almacenamiento y actividades anexas al transporte	49	52
47	Actividades postales y de correos	50	53
48	Servicios de alojamiento	51	55
49	Servicios de comidas y bebidas	52	56
50	Edición	53	58
51	Actividades cinematográficas, de vídeo y de programas de televisión, grabación de sonido y edición musical; actividades de programación y emisión de radio y televisión	54	59 - 60
52	Telecomunicaciones	55	61
53	Programación, consultoría y otras actividades relacionadas con la informática; servicios de información	56	62 - 63
54	Servicios financieros, excepto seguros y fondos de pensiones	57	64
55	Seguros, reaseguros y fondos de pensiones, excepto Seguridad Social obligatoria	58	65
56	Actividades auxiliares a los servicios financieros y a los seguros	59	66
57	Actividades inmobiliarias	60	68
58	Actividades jurídicas y de contabilidad; actividades de las sedes centrales; actividades de consultoría de gestión empresarial	61	69 - 70
59	Servicios técnicos de arquitectura e ingeniería; ensayos y análisis técnicos	62	71
60	Investigación y desarrollo	63	72
61	Publicidad y estudios de mercado	64	73
62	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas	65	74
63	Actividades veterinarias	66	75
64	Actividades de alquiler	67	77
65	Actividades relacionadas con el empleo	68	78
66	Actividades de agencias de viajes, operadores turísticos, servicios de reservas y actividades relacionadas con los mismos	69	79
67	Actividades de seguridad e investigación	70	80
68	Servicios a edificios y actividades de jardinería	71	81
69	Actividades administrativas de oficina y otras actividades auxiliares a las empresas	72	82

(Continúa)

70	Administración pública y defensa; seguridad social obligatoria. Organismos extraterritoriales	73	84-99
71	Educación mercado	74	85p
72	Educación no mercado	75	85p
73	Actividades sanitarias mercado	76	86p
74	Actividades sanitarias no mercado	77	86p
75	Actividades de servicios sociales mercado	78	87p a 88p
76	Actividades de servicios sociales no mercado	79	87p a 88p
77	Actividades de creación, artísticas y espectáculos; actividades de bibliotecas, archivos, museos y otras actividades culturales; actividades de juegos de azar y apuestas	80	90 a 92
78	Actividades deportivas, recreativas y de entretenimiento	81	93
79	Actividades asociativas	82	94
80	Reparación de ordenadores, efectos personales y artículos de uso doméstico	83	95
81	Otros servicios personales	84	96
82	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico o como productores de bienes y servicios para uso propio	85	97 - 98

Fuente: MIOAM (2010).

Cuadro A.6.2. Correspondencia de sectores con ramas MIAM-2010

	Ramas MIOAM 2010
Agrario	1 - 3
Industria	4 - 40
Industria Extractiva	4
Industria Manufacturera	5 -35
Industria Energía y Agua	36 -39
Construcción	40
Servicios	41 - 82
Comercio	41-43
Transporte y almacenamiento	44 -47
Hoteles	48-49
Información y comunicaciones	50- 53
Actividades financieras y de seguros	54- 56
Actividades inmobiliarias	57
Actividades Profesionales, científicas y Técnicas; administrativas	58- 69
Administración Pública, Sanidad y Educación	70-74
Servicios Sociales	75 -76
Otros servicios	77- 82

Fuente: Elaboración propia

Cuadro A.6.3. Cuadro Macroeconómico. Efecto total del gasto en servicios. Miles de euros

CUADRO MACROECONÓMICO 2014			
	2014	Impacto Total	Dif. (%)
HIPÓTESIS DE DEMANDA			
Gasto en Consumo final regional	133.337.871	907.324	0,68%
Formación bruta de capital	24.379.856	0	0,00%
DEMANDA REGIONAL	157.717.727	908.474	0,58%
Exportación de bienes y servicios (FOB)	63.576.881	0	0,00%
IMPACTO EN LA IMPORTACIÓN			
Importación de bienes y servicios (CIF)	75.542.270	179.323	0,24%
SALDO EXTERIOR	-11.965.389	-179.323	1,50%
IMPACTO EN LA OFERTA			
VAB a precios básicos	131.136.235	984.807	0,75%
VAB de las ramas primarias	6.022.025	11.788	0,20%
VAB de las ramas industriales	16.182.404	49.992	0,31%
VAB de la construcción	7.955.190	17.739	0,22%
VAB de las ramas de servicios	100.976.616	905.288	0,90%
Impuestos netos sobre los productos	14.616.103	18.004	0,12%
PIB a precios de mercado	145.752.338	1.002.811	0,69%
RENTA			
Remuneración de asalariados	64.238.356	670.096	1,04%
Excedente bruto de explotación/ Rentas mixtas	66.329.693	328.915	0,50%
Impuestos netos sobre la producción e importaciones	15.184.289	3.799	0,03%
Impuestos netos sobre los productos	14.616.103	18.004	0,12%
Otros impuestos netos sobre la producción	-488.671	-14.205	2,91%
PIB a precios de mercado	145.752.338	1.002.811	0,69%
MERCADO DE TRABAJO			
Puestos de trabajo totales	2.812.108	32.464	1,15%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro A.6.4. Cuadro Macroeconómico. Efecto total del gasto en transferencias (PECEF). Miles de euros

CUADRO MACROECONÓMICO 2014			
	2014	Impacto Total	Dif. (%)
HIPÓTESIS DE DEMANDA			
Gasto en Consumo final regional	133.337.871	283.388	0,21%
Formación bruta de capital	24.379.856	0	0,00%
DEMANDA REGIONAL	157.717.727	309.615	0,20%
Exportación de bienes y servicios (FOB)	63.576.881	0	0,00%
IMPACTO EN LA IMPORTACIÓN			
Importación de bienes y servicios (CIF)	75.542.270	104.044	0,14%
SALDO EXTERIOR	-11.965.389	-104.044	0,87%
IMPACTO EN LA OFERTA			
VAB a precios básicos	131.136.235	228.954	0,17%
VAB de las ramas primarias	6.022.025	5.321	0,09%
VAB de las ramas industriales	16.182.404	20.266	0,13%
VAB de la construcción	7.955.190	5.613	0,07%
VAB de las ramas de servicios	100.976.616	197.754	0,20%
Impuestos netos sobre los productos	14.616.103	31.323	0,21%
PIB a precios de mercado	145.752.338	260.277	0,18%
RENTA			
Remuneración de asalariados	64.238.356	92.526	0,14%
Excedente bruto de explotación/ Rentas mixtas	66.329.693	134.178	0,20%
Impuestos netos sobre la producción e importaciones	15.184.289	33.573	0,22%
Impuestos netos sobre los productos	14.616.103	31.323	0,21%
Otros impuestos netos sobre la producción	-488.671	2.250	-0,46%
PIB a precios de mercado	145.752.338	260.277	0,18%
MERCADO DE TRABAJO			
Puestos de trabajo totales	2.812.108	5.026	0,18%

Fuente: Elaboración propia

Cuadro A.6.5. IRPF Andalucía 2013 y tasa de variación en IRPF devengado 2014/2013

Tramos de Rend. e Imputac.	DATOS GENERALES		CUOTA AUTONÓMICA				
(miles de euros)	Liquidaciones Distribución		LIQUIDACIONES PARTIDA		IMPORTE PARTIDA		
	Número Total	Número	Número	Distribución Número	Importe	Distribución	Media
<1 y Cero	80.435	2,52	0	0	0	0	0
(0 - 1,5]	278.207	8,7	27	0	1.056	0	39,1
(1,5 - 6]	581.078	18,17	24.346	1,27	1.172.532	0,03	48,16
(6 - 12]	651.494	20,37	374.767	19,5	109.824.013	2,84	293,05
(12 - 21]	727.552	22,75	648.407	33,73	560.197.768	14,5	863,96
(21 - 30]	433.636	13,56	429.963	22,37	840.441.544	21,75	1.954,68
(30 - 60]	384.094	12,01	383.769	19,96	1.506.475.776	38,99	3.925,48
(60 - 150]	56.917	1,78	56.898	2,96	644.401.625	16,68	11.325,56
(150 - 601]	3.994	0,12	3.991	0,21	158.833.846	4,11	39.798,01
Mayor de 601	189	0,01	188	0,01	42.289.802	1,09	224.945,75
Total	3.197.596	100	1.922.356	100	3.863.637.961	100	2.009,85

Tramos de Rend. e Imputac.	DATOS GENERALES		CUOTA ESTATAL				
(miles de euros)	Liquidaciones Distribución		LIQUIDACIONES PARTIDA		IMPORTE PARTIDA		
	Número Total	Número	Número	Distribución Número	Importe	Distribución	Media
<1 y Cero	80.435	2,52	0	0	0	0	0
(0 - 1,5]	278.207	8,7	32	0	1.580	0	49,36
(1,5 - 6]	581.078	18,17	24.494	1,26	1.279.479	0,03	52,24
(6 - 12]	651.494	20,37	388.680	19,97	123.410.215	2,83	317,51
(12 - 21]	727.552	22,75	657.509	33,78	618.872.737	14,17	941,24
(21 - 30]	433.636	13,56	430.757	22,13	932.822.728	21,36	2.165,54
(30 - 60]	384.094	12,01	383.808	19,72	1.708.567.932	39,12	4.451,62
(60 - 150]	56.917	1,78	56.899	2,92	741.401.193	16,98	13.030,13
(150 - 601]	3.994	0,12	3.991	0,21	186.860.376	4,28	46.820,44
Mayor de 601	189	0,01	188	0,01	54.023.677	1,24	287.359,98
Total	3.197.596	100	1.946.358	100	4.367.239.916	100	2.243,80

Tasa de variación en IRPF devengado 2014/2013 según Informe de Recaudación Tributaria AE/ 1,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la AEAT.

Cuadro A.6.6. Cuota media total

Tramos de rendimiento (miles de euros)	2013	2014
Negativo y Cero	0	0
(0 - 1,5]	88	90
(1,5 - 6]	100	102
(6 - 12]	611	619
(12 - 21]	1.805	1.829
(21 - 30]	4.120	4.175
(30 - 60]	8.377	8.488
(60 - 150]	24.356	24.677
(150 - 601]	86.618	87.760
Mayor de 601	512.306	519.059
Media	4.254	4.310

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la AEAT.

Cuadro A.6.7 Proporción entre cuota estatal/cuota autonómica 2013

Estatal	53,1%
Autonómica	46,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la AEAT.

Cuadro A.6.8. Principales partidas de liquidación del IRPF Andalucía

Euros

Partida	Número	Importe	Media
RENDIMIENTOS DEL TRABAJO	2.646.859	42.506.845.165	16.059
RENDIMIENTOS DEL CAPITAL MOBILIARIO	2.231.009	1.901.076.347	852
BIENES INMUEBLES NO AFECTOS A ACTIV. ECONÓMICAS	1.113.237	1.476.309.028	1.326
RENDIMIENTOS DE ACTIVIDADES ECONÓMICAS	640.474	3.815.799.755	5.958
REGÍMENES ESPECIALES	117.482	598.665.691	5.096
BASE IMPONIBLE GENERAL Y DEL AHORRO (1)	3.136.673	51.163.848.312	16.312
REDUCCIONES DE LA BASE IMPONIBLE	1.172.174	3.449.330.814	2.943
Aportaciones a Planes de pensiones	433.549	572.443.836	1.320
BASE LIQUIDABLE GENERAL Y DEL AHORRO	3.068.598	47.880.167.384	15.603
DATOS ADICIONALES	45.008	229.979.451	5.110
CUOTAS ÍNTEGRAS	2.023.674	8.781.631.320	4.339
DEDUCCIONES GENERALES	1.071.089	556.739.180	520
Por vivienda habitual	782.390	502.839.983	643
DEDUCCIONES AUTONÓMICAS	184.160	23.154.504	126
CUOTAS LÍQUIDAS (2)	1.946.358	8.230.877.878	4.229
CUOTAS LÍQUIDAS INCREMENTADAS	1.946.620	8.232.872.936	4.229
DEDUCCIONES DE LA CUOTA ÍNTEGRA INCREMENTADA TOTAL	381.003	104.205.328	274
CUOTA RESULTANTE DE LA AUTOLIQUIDACIÓN	1.896.554	8.134.875.200	4.289
RETENCIONES Y DEMÁS PAGOS A CUENTA	3.069.826	8.894.209.505	2.897
RESULTADO DE LA DECLARACIÓN	3.090.398	-798.318.462	-258
<i>Tipo medio (2)/(1)</i>	16,1%		

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la AEAT.

Cuadro A.6.9 Renta bruta de los hogares e IRPF

	2010	2011	2012	2013(p)	2014(p)	tasas de variación (%)				
(Datos en millones de euros, salvo indicación)						10	11	12	13	14
RENTAS BRUTAS DE LOS HOGARES										
Rentas del trabajo	493.868	494.638	475.541	469.439	468.875	-0,5	0,2	-3,9	-1,3	-0,1
Rentas del capital	49.701	52.567	47.348	45.586	44.253	-16,2	5,8	-9,9	-3,7	-2,9
Mobiliario	22.710	26.356	23.179	21.402	17.479	-23,6	16,1	-12,1	-7,7	-18,3
Inmuebles arrendados	16.485	16.962	16.751	16.393	15.854	1,3	2,9	-1,2	-2,1	-3,3
Ganancias patrimoniales	10.507	9.250	7.419	7.790	10.921	-21,2	-12,0	-19,8	5,0	40,2
Fondos inversión	2.131	1.854	1.700	1.393	1.851	-28,2	-13,0	-8,3	-18,1	32,9
Resto	8.376	7.396	5.718	6.397	9.069	-19,2	-11,7	-22,7	11,9	41,8
Rentas de la empresa y otras	30.282	29.007	28.163	28.654	29.800	-1,7	-4,2	-2,9	1,7	4,0
TOTAL RENTAS BRUTAS	573.852	576.212	551.052	543.679	542.929	-2,1	0,4	-4,4	-1,3	-0,1
IRPF DEVENGADO										
Retenciones del trabajo	61.504	61.849	61.494	61.254	62.028	6,5	0,6	-0,6	-0,4	1,3
Retenciones del capital	5.812	6.347	6.447	5.911	5.166	-15,3	9,2	1,6	-8,3	-12,6
Mobiliario	3.957	4.590	4.640	4.282	3.480	-19,1	16,0	1,1	-7,7	-18,7
Arrendamientos	1.450	1.404	1.450	1.337	1.297	1,1	-3,2	3,3	-7,8	-3,0
Fondos inversión	405	352	357	293	389	-24,2	-13,0	1,4	-18,1	32,9
Retenciones a la empresa	5.439	5.132	5.207	5.600	5.921	0,9	-5,6	1,5	7,5	5,7
Profesionales y agrarios	3.121	3.001	3.214	3.691	3.864	-1,7	-3,9	7,1	14,8	4,7
Pagos fraccionados	2.318	2.132	1.994	1.910	2.057	4,8	-8,1	-6,5	-4,2	7,7
Gravamen sobre loterías				384	562					46,5
Ret. por transp. fiscal y atribución rentas	543	562	596	617	617	1,9	3,5	5,9	3,6	0,0
Cuota diferencial neta	-4.516	-4.640	-3.870	-3.525	-3.163					
Deducción maternidad y nacimiento	-1.872	-866	-836	-806	-779					
IRPF DEVENGADO	66.911	68.384	69.038	69.435	70.351	6,5	2,2	1,0	0,6	1,3
Tipo sobre rentas brutas (%)	11,66	11,87	12,53	12,77	12,96	8,8	1,8	5,6	1,9	1,5
TOTAL RENTAS NETAS	506.941	507.828	482.014	474.243	472.578	-3,1	0,2	-5,1	-1,6	-0,4
INGRESOS TRIBUTARIOS IRPF										
Retenciones del trabajo y act. econ.	64.233	64.912	65.002	64.803	66.993	5,1	1,1	0,1	-0,3	3,4
Retenciones del capital mobiliario	4.917	5.265	5.306	4.699	4.077	-10,3	7,1	0,8	-11,4	-13,2
Retenciones sobre arrendamientos	2.017	1.990	2.015	1.940	1.879	0,6	-1,3	1,2	-3,7	-3,2
Retenciones sobre fondos inversión	405	338	333	354	478	-12,8	-16,7	-1,2	6,2	35,0
Gravamen sobre loterías				267	457					71,5
Pagos fraccionados	2.293	2.158	2.038	1.863	1.996	2,4	-5,9	-5,6	-8,6	7,1
Cuota diferencial neta	-6.629	-4.518	-3.917	-3.727	-2.970					
Asignación Iglesia Católica	-259	-342	-159	-248	-249					
INGRESOS TOTALES	66.977	69.803	70.619	69.951	72.662	4,9	4,2	1,2	-0,9	3,9
(-) Participación de las AA.TT.	27.651	36.259	44.099	32.021	31.441	-17,3	31,1	21,6	-27,4	-1,8
INGRESOS DEL ESTADO	39.326	33.545	26.520	37.930	41.221	29,2	-14,7	-20,9	43,0	8,7

(p) Estimación provisional

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la AEAT.

Cuadro A.6.10. Principales variables de la liquidación del IVA por sectores

	VAB 2013 precios básicos España	Base Teórica	Tipo Medio Ponderado	Recaudación del período
<i>Miles de euros</i>				
Primario	26.560.000	3.772.542	-8,15	-307.379
Industria	161.040.000	73.921.866	14,88	11.002.604
Construcción	52.452.000	33.777.187	18,36	6.202.420
Servicios	701.241.000	247.486.733	16,33	40.405.714
TOTAL	941.293.000	358.958.328	15,96	57.303.359

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la AEAT.

Cuadro A.6.11. IVA devengado, tipos efectivos e ingresos en caja

	2010	2011	2012	2013(p)	2014(p)	tasas de variación (%)				
(Datos en millones de euros, salvo indicación)						10	11	12	13	14
TIPOS MEDIOS (%)										
Tipo repercutido	14,23	14,99	15,69	17,48	17,66	6,2	5,3	4,7	11,4	1,0
Tipo soportado	14,78	15,59	16,29	17,95	18,27	5,7	5,5	4,5	10,2	1,8
Tipo importación	14,04	14,56	15,13	16,76	17,28	8,5	3,7	3,9	10,8	3,1
Tipo IVA del periodo (IVAp/GFS)	12,09	12,68	13,41	15,53	15,30	9,0	4,9	5,7	15,8	-1,5
Tipo IVA devengado neto (IDN/GFS)	12,02	12,57	13,35	15,44	15,32	12,5	4,5	6,3	15,7	-0,8
IVA DEVENGADO										
IVA devengado en el periodo (IVAp)	52.446	51.814	52.343	56.948	59.242	8,2	-1,2	1,0	8,8	4,0
Diferencia de IVA por declaración	45.271	43.179	43.699	47.604	49.343	4,9	-4,6	1,2	8,9	3,7
IVA repercutido	236.064	244.095	240.158	256.791	270.387	5,5	3,4	-1,6	6,9	5,3
IVA soportado	190.793	200.915	196.459	209.187	221.044	5,7	5,3	-2,2	6,5	5,7
IVA Importación	8.002	8.731	8.780	9.306	10.161	30,1	9,1	0,6	6,0	9,2
IVA en Recargo de Equivalencia	573	544	535	572	532	-0,6	-4,9	-1,8	6,9	-6,9
IVA en Régimen Simplificado	411	369	390	349	324	-26,2	-10,2	5,8	-10,7	-7,1
IVA correspondiente a los Territorios Forales	-1.656	-1.533	-1.570	-1.426	-1.662					
Otros ajustes	-155	522	509	543	543					
Variación del saldo a compensar	-269	-477	-230	-326	78					
Saldo a compensar final	5.445	4.510	4.025	3.478	3.356	-16,4	-17,2	-10,7	-13,6	-3,5
Saldo a compensar inicial	5.714	4.987	4.255	3.804	3.278	-30,6	-12,7	-14,7	-10,6	-13,8
IVA DEVENGADO NETO (IDN)	52.177	51.337	52.113	56.622	59.320	11,6	-1,6	1,5	8,7	4,8
IVA bruto (IVAB)	75.701	76.039	74.617	78.351	81.253	5,6	0,4	-1,9	5,0	3,7
Devoluciones solicitadas	23.524	24.702	22.504	21.729	21.933	-5,7	5,0	-8,9	-3,4	0,9
Pro memoria:										
Devoluciones/IVAB (%)	31,1	32,5	30,2	27,7	27,0	-10,7	4,5	-7,2	-8,0	-2,7
Devoluciones+Saldo compensar/IVAB (%)	38,3	38,4	35,6	32,2	31,1	-12,8	0,4	-7,5	-9,5	-3,3
INGRESOS TRIBUTARIOS IVA										
IVA Importación	7.830	8.833	8.775	9.382	10.080	25,6	12,8	-0,7	6,9	7,4
IVA neto por Operaciones Interiores	41.257	40.469	41.688	42.548	46.094	50,9	-1,9	3,0	2,1	8,3
IVA BRUTO	66.507	66.916	65.395	68.663	71.394	4,5	0,6	-2,3	5,0	4,0
Pymes (I)	20.217	19.995	18.680	18.641	19.887	-2,5	-1,1	-6,6	-0,2	6,7
Grandes Empresas (I)	41.834	41.936	41.460	44.232	45.863	6,3	0,2	-1,1	6,7	3,7
Otros ingresos	4.456	4.985	5.254	5.790	5.644	25,3	11,9	5,4	10,2	-2,5
DEVOLUCIONES	25.251	26.447	23.706	26.115	25.300	-30,5	4,7	-10,4	10,2	-3,1
INGRESOS TOTALES	49.086	49.302	50.464	51.931	56.174	46,2	0,4	2,4	2,9	8,2
(-) Participación de las AA.TT.	10.593	23.947	34.079	26.437	27.730	-40,5	126,1	42,3	-22,4	4,9
INGRESOS DEL ESTADO	38.493	25.355	16.384	25.494	28.444	144,0	-34,1	-35,4	55,6	11,6

(I) Ingresos derivados de autoliquidaciones

(p) Estimación provisional

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la AEAT.

Cuadro A.6.12. Principales variables del impuesto de sociedades

	2012						2013	2014
	Número de empresas	Inmovili- zaciones materiales	Resultado contable	Base imponible	Cuota íntegra	Cuota líquida positiva	Cuota líquida positiva	Cuota líquida positiva
<i>Miles de euros</i>	226.165	85.647.734	-7.797.679	6.442.469	1.629.277	1.232.727	1.331.924	1.551.622
TOTAL								
Agricultura, Ganadería, Silvicultura y Pesca	8.343	4.378.388	20.728	184.284	46.589	41.938	45.313	52.787
Industria extractiva, Energía y Agua	5.920	16.872.285	165.600	457.056	132.650	81.935	88.528	103.131
Industria	16.843	9.034.828	-648.376	845.589	244.120	222.912	240.849	280.577
Construcción y Actividades inmobiliarias	65.957	18.268.299	-4.106.739	1.710.970	346.074	271.097	292.912	341.227
Comercio, Reparaciones y Transporte	56.140	14.967.725	-379.639	1.363.558	377.347	305.422	329.999	384.431
Información y Comunicaciones	4.756	913.256	-201.974	146.623	39.414	35.375	38.222	44.526
Ent.financieras y aseguradoras	2.827	2.672.178	-1.488.824	518.061	110.234	68.289	73.784	85.955
Servicios a Empresas	26.448	6.761.859	-757.923	824.664	233.278	113.947	123.116	143.424
Servicios sociales	9.203	2.960.319	88.151	220.944	57.856	55.356	59.810	69.676
Otros servicios personales y de ocio	29.728	8.818.599	-488.683	170.720	41.714	36.458	39.392	45.889

	2013/2012	2014/2013
Tasas de variación de cuotas líquidas positivas	8,0%	16,5%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la AEAT.

Cuadro A.6.13. Especiales

Millones de euros	2014
Gasto consumo final hogares (INE)	595.791
II.EE. Devengados (AEAT)	18.923
Tipo medio	3,18

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la AEAT.

Cuadro A.6.14. Impuestos especiales: consumos e ingresos

	2010	2011	2012	2013(p)	2014(p)	tasas de variación (%)				
						10	11	12	13	14
Gasto real en consumo de los hogares (índice;1)	100,0	98,5	95,7	93,7	96,0	0,3	-1,5	-2,8	-2,1	2,4
PIB real (índice;1)	100,0	99,4	97,3	96,1	97,4	0,0	-0,6	-2,1	-1,2	1,4
Deflactor gasto en consumo de los hogares (índice;1)	100,0	102,7	105,1	106,1	106,1	1,9	2,7	2,4	1,0	-0,1
Precio del barril de petróleo (€;2)	60,2	80,6	87,4	82,5	74,5	37,0	33,8	8,4	-5,6	-9,7
CONSUMOS Y TIPOS										
Consumos sujetos de alcohol puro (millones de litros)	101,0	96,3	87,3	86,9	86,1	-1,6	-4,7	-9,3	-0,6	-0,8
Consumos sujetos de cerveza (millones de litros)	3.269	3.290	3.301	3.294	3.428	-0,7	0,6	0,3	-0,2	4,1
Consumos sujetos de carburantes (millones de litros)	37.317	34.762	32.557	31.397	31.215	-2,3	-6,8	-6,3	-3,6	-0,6
Nº cajetillas de tabaco vendidas (millones)	3.439	2.840	2.584	2.197	2.231	-8,3	-17,4	-9,0	-15,0	1,6
Consumo de electricidad (millones de KWh)	246.599	241.164	238.122	232.116	230.103	3,3	-2,2	-1,3	-2,5	-0,9
I.E. por litro de alcohol puro (€)	8,20	8,19	8,19	8,58	9,00	0,0	-0,1	0,0	4,8	4,8
I.E. por litro de cerveza (€)	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	0,1	0,1	0,2	0,2	-0,4
I.E. por litro de gasolinas, gasóleos y biocarburantes (€)	0,26	0,26	0,26	0,28	0,28	3,1	-0,2	-2,4	9,2	1,0
I.E. por cajetilla tabaco (€)	2,20	2,58	2,80	2,94	2,95	16,3	17,1	8,6	5,2	0,4
I.E. por KWh de electricidad (€)	0,56	0,59	0,63	0,62	0,60	2,1	5,6	7,3	-1,8	-3,7
IMPUESTOS DEVENGADOS (millones de euros)										
Alcohol y bebidas derivadas	828	789	715	746	775	-1,6	-4,7	-9,3	4,2	3,9
Cerveza	295	297	299	298	309	-0,6	0,7	0,6	0,0	3,7
Productos intermedios	18	18	17	17	19	-2,3	-0,8	-4,7	0,4	8,7
Hidrocarburos	9.844	9.152	8.370	9.949	9.857	0,7	-7,0	-8,5	18,9	-0,9
Labores del Tabaco	7.569	7.318	7.229	6.465	6.591	6,7	-3,3	-1,2	-10,6	1,9
Carbón				234	269					15,1
Electricidad	1.371	1.416	1.500	1.437	1.372	5,5	3,3	6,0	-4,2	-4,5
TOTAL IMPUESTOS ESPECIALES	19.925	18.990	18.131	19.145	19.191	3,1	-4,7	-4,5	5,6	0,2
INGRESOS TRIBUTARIOS II.EE. (millones de euros)										
Alcohol y bebidas derivadas	810	772	745	716	761	0,9	-4,7	-3,5	-3,9	6,3
Cerveza	279	279	283	275	293	0,8	0,1	1,4	-2,9	6,5
Productos intermedios	18	17	17	18	19	-0,9	-4,3	-0,7	3,2	8,3
Hidrocarburos	9.913	9.289	8.595	9.933	9.724	0,6	-6,3	-7,5	15,6	-2,1
Labores del Tabaco	7.423	7.253	7.064	6.539	6.661	4,1	-2,3	-2,6	-7,4	1,9
Determinados medios de transporte	0	1	0	-1	-1					
Carbón				148	265					79,2
Electricidad	1.363	1.372	1.507	1.445	1.383	7,3	0,7	9,8	-4,1	-4,3
INGRESOS TOTALES	19.806	18.983	18.209	19.073	19.104	2,4	-4,2	-4,1	4,7	0,2
(-) Participación de las AA.TT.	9.468	12.649	13.924	11.519	12.692	2,8	33,6	10,1	-17,3	10,2
INGRESOS DEL ESTADO	10.338	6.334	4.285	7.554	6.412	1,9	-38,7	-32,4	76,3	-15,1
Pro memoria										
Valor de los consumos sujetos a impuesto especial (3)	78.657	81.834	83.265	78.790	77.302	8,5	4,0	1,7	-5,4	-1,9

(1) Datos INE

(2) Datos Ministerio de Economía y Competitividad

(3) Millones de euros. Valorado a precios antes de IVA

(p) Estimación provisional

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la AEAT.

Cuadro A.6.15. Impacto sobre el índice ITE, el Fondo de Garantía, el Fondo de Suficiencia Global y el Fondo de Cooperación

I. IMPACTO SOBRE EL ÍNDICE ITE	
ITE 2007 (año base)	75.828
ITE 2014	77.130
ITE 2014 GD	77.198
Var. 2014/2007 ITE	1,0172
Var. 2014/2007 ITE GD	1,0181
Var. 2014/2009 ITE	1,7349
Var. 2014/2009 ITE GD	1,7364
2. IMPACTO AGE SOBRE EL FONDO DE GARANTÍA	
<i>Millones de euros</i>	
APORTACIÓN ESTATAL	8.193
APORTACIÓN ESTATAL GD	8.201
3. IMPACTO AGE SOBRE EL FONDO DE SUFICIENCIA GLOBAL (NETO)	
<i>Millones de euros</i>	
FONDO SUFICIENCIA GLOBAL	1.375
FONDO SUFICIENCIA GLOBAL GD	1.377
4. IMPACTO AGE SOBRE EL FONDO DE COOPERACIÓN	
<i>Millones de euros</i>	
FONDO DE COOPERACIÓN	2.082
FONDO DE COOPERACIÓN GD	2.084

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la AEAT.

Cuadro A.6.16. Impacto para Andalucía en los Fondos de Garantía, Suficiencia y Cooperación

Impacto en el Fondo de Garantía de Andalucía

Millones de euros

Impacto sobre cesta tributos	45
Impacto sobre aportación AGE	7
Total impacto FG	52
Participación AND 2013	18,55
Impacto en AND Fondo de Garantía	10

Impacto en Fondo de Suficiencia

Millones de euros

Fondo de suficiencia Andalucía año base	518
Fondo de Suficiencia Andalucía 2014	527
Fondo de Suficiencia Andalucía 2014 GD	527

Impacto en Fondo de Cooperación

Millones de euros

Participación AND Fondo Cooperación 2013	21,3%
Fondo Cooperación Andalucía	444
Fondo Cooperación Andalucía GD	444

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la AEAT.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahamson, P., (1995), Regímenes Europeos del Bienestar y Políticas Sociales Europeas: ¿Convergencia de Solidaridades?, en Sarasa, S. y Moreno, L., (comps) El Estado del Bienestar en Europa del Sur. Madrid: CSIC, (pp.113-153)

Adelantado, J., Noguera, J.A., Rambla, X., (2000), El Marco de Análisis: las Relaciones Complejas entre Estructura social y Políticas Sociales, en Adelantado, J (Coord.), Cambios en el Estado del Bienestar. Políticas Sociales y Desigualdades en España, Barcelona: Icaria Editorial/ Universidad Autónoma de Barcelona, (pp 23-62)

Adelantado, J. y Calderón Cuevas, E., (2006), Globalization and the Welfare State: The Same Strategies for Similar Problems?, Journal of European Social Policy, 16 (4), (pp. 374-86).

Agell, J., Lindh, T., Ohlsson, H., (1997), Growth and the Public Sector: A Critical Review essay, European Journal of Political Economy 13 (1), (pp.33-52).

Agell, J., Lindh, T., Ohlsson, H.,(1999), Growth and the Public Sector: A Reply, European Journal of Political Economy, 15(2), (pp.359-366)

Agell, J., Ohlsson, H., Skogman, P., (2006), Growth Effects of Government Expenditure and Taxation in Rich Countries: A Comment, European Economic Review, 50(1), (pp. 211-218).

Ahn, S-H., Kim, S-W. (2015), Social Investment, Social service and the Economic Performance of Welfare States, International Journal of Social Welfare,24, (pp 109–119).

Alemán, C., (1991), El Sistema Público de Servicios Sociales en España . Impredisur. Granada.

Alemán, C. y García, M., (1999), Fundamentos de Bienestar Social, Valencia: Tirant lo Blanch.

Alonso, M., (1982), Cien años de la Seguridad Social, Papeles de Economía Española, ,12-13, (pp. 107-118).

Alonso, V. (2009): “Proyecciones de gasto público en cuidados de larga duración en la Unión Europea (2007-2060)”. Presupuesto y Gasto Público, 56, (pp.145-162)

Andersen, et alia, (2007), The Nordic Model. Embracing Globalization and Sharing Risks, Helsinki: The Research Institute of the Finnish Economy (ETLA).

<https://www.etla.fi/wp-content/uploads/2012/09/B232.pdf>

Andersson, J., (2005), 'Investment or Cost? The Role of the Metaphor of Productive Social Policies in Welfare State Formation in Europe and the US 1850-2000', Paper presented at the World Congress in Historical Sciences, Sydney, July 2005.

www.iisg.nl/ishc/documents/sydney-andersson.doc

Anis, D., (1995), Creadores de escasez: del Bienestar al Miedo, Madrid: Alianza Editorial.

Antonucci, L., (2011), Social Investment and the Justification of European Welfare Interventions in Times of Austerity – A Discussion of the Theoretical Assumptions of Social Investment and an Argument for its Broader Interpretation, Foundation for European Progressive Studies (ed.), Rethinking Social Investment (Brussels), 8-22.

Armingeon, K. y Bonoli, G., (2006), The Politics of Post-Industrial Welfare States: Adapting post-War Social Policies to New Social Risks. London/New York: Routledge

Arriba, A.,(1999), Rentas Mínimas de Inserción en España: Procesos de Implantación y Dinámicas Sociales, Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid.

<https://repositorio.uam.es/xmlui/handle/10486/1672>

Arriba, A. y Pérez, B., (2007), La última red de protección social en España: prestaciones asistenciales y su activación, Política y Sociedad, 44(2),(pp. 115-133).

Arriba, A., y Moreno Fuentes, F., (Coord.), (2009a), El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos, Colección Estudios Serie Dependencia 12007, IMSERSO, Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/tratamientodep.pdf>

Arriba, A., y Moreno Fuentes, F., (2009b), Los Sistemas de Atención a la Dependencia en Perspectiva Comparada, en Arriba, A., y Moreno Fuentes, F., (Coord.), El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos, Colección Estudios Serie Dependencia 12007, IMSERSO, Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, (pp.17-31)

<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/tratamientodep.pdf>

Arrow, K., (1994.), Elección social y Valores Individuales, Barcelona, Planeta-Agostini. De la edición inglesa de 1951.

Arts, W., (2013), Welfare Regimes in an Age of Austerity, Sociologia e Politiche sociali, 16(1), (pp 9-23).

Astelarra, J., y Zaragoza, G. (2014), El Estado del Bienestar. Criterios de Sostenibilidad. Eñquidad Revista Internacional de Políticas de Bienestar y Trabajo Social, 1, (pp.61-90).

Atkinson, A., (1995), The Welfare State and Economic Performance, National Tax Journal, 48(2), (pp171–98).

Barrientos A., Hulme, D., Shepherd, A., (2005). Can Social Protection Tackle Chronic Poverty? The European Journal of Development Research, 17 (1), (pp. 8-23).

Barriga, L., Brezmes, M., García, G. y Ramírez, J (2014), XII Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas

en Situación de Dependencia, Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales Madrid.

<http://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/Binder1.pdf>

Barriga, L., Brezmes, M., Garcia, G. y Ramirez, J (2015), XV Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales Madrid.

<http://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XV%20O%20Dependencia%20CC%20AA%20julio15.pdf>

Barroso, M. y Castro, N.,(2010), Estado del Bienestar y Crisis Económica: Una Revisión Bibliográfica, XII Reunión de Economía Mundial. Universidad de Santiago de Compostela.

[.http://www.usc.es/congresos/xiirem/](http://www.usc.es/congresos/xiirem/),

Beck, U., (2002), La sociedad del Riesgo Global, Madrid: Siglo XXI Editores. La versión en inglés es de 1999.

Becker, G., (1983), El Capital Humano. Madrid: Alianza Editorial. El original en inglés es de 1964.

Beltran, J., (2008), La atención a la Dependencia: Régimen Legal. Interacciones entre lo Social y lo Sanitario, Derecho y Salud, 16(2), (pp.3-27).

<http://www.ajs.es/revista-derecho-y-salud/volumen-16-num-2-2008>

Bermudo, J., (2001), Ciudadanía e Inmigración, Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, 94.

<http://www.ub.edu/geocrit/sn-94-32.htm>

Beveridge, W. H. (2008), Informe al Parlamento acerca de la Seguridad Social y de las Prestaciones que de ella se Derivan, México: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS). Del original ingles de 1942.

http://www.ajugartodos.org/maquina-del-tiempo/documentos/plan_beveridge.pdf

Bird, R., (1971), "Wagner's Law of Expanding State Activity", *Public Finance*, 26(1),(pp. 1-26).

Bond, J., (2009), Dependencia, Exclusión Social y Vejez en el Reino Unido, en Arriba, A., y Moreno Fuentes, F., (Coord.), El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos, Colección Estudios Serie Dependencia 12007, IMSERSO, Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/tratamiento_dep.pdf

Bonoli, G. (2005) 'The Politics of the New social Policies. Providing Coverage Against New Social Risks in Mature Welfare States', *Policy and Politics*, 33 (3),(pp 431-49).

Bonoli, G. (2007): «Time matters. Postindustrialisation, New Social Risks and Welfare State Adaptation in Advanced Industrial Democracies», *Comparative Political Studies*, 40,(pp 495-520).

Bonoli, G., (2012), Active Labour Market Policy and Social Investment: a Changing Relationship, en Morel, N., Palier, B. y Palme J.,(Ed), *Towards a Social Investment State?. Ideas, Policies and Challenges*. Bristol: Bristol Policy Press, (pp 181-204),

Bonoli, G. y Natali, D. (2009), 'The Politics of The New Welfare State', Background Paper for the Conference, The New Welfare State in Europe, Florence, 10–11 December.

Bonoli, G., Natali, D. (eds) (2012), *The Politics of the New Welfare State*, Oxford: Oxford University Press.

Bradley, J., Modesto, L. y Sosvilla-Rivero, S. (1995), Similarity and Diversity in the EU Periphery: A HERMIN-Based Investigation», *Economic Modelling*, Vol. 12, (pp. 313-322).

Brunori, P. y O'Reilly M. (2010), Social Protection for Development: a Review of Definitions, Paper prepared in the Framework of the European Report on Development 2010, MPRA Paper No. 29495, posted 14.

<http://mpra.ub.uni-muenchen.de/29495/>

Camacho, J., Rodríguez M., y Hernández M., (2008), El sistema de Atención a la Dependencia en España: Evaluación y Comparación con otros países europeos, *Cuadernos Geográficos*, 42(1), (pp.37-52).

<http://www.ugr.es/~cuadgeo/docs/articulos/042/042-002.pdf>

Cámara de Cuentas de Andalucía (2013), Análisis del Programa Presupuestario 31R: Atención a la Dependencia, Envejecimiento Activo y Discapacidad (JA03/2013).

<http://www.ccuentas.es/sector-publico-autonomico/buscador/373>

Cantillon, B., (2011), The Paradox of the Social Investment State: Growth, Employment and Poverty in the Lisbon Era, *Journal of European Social Policy*, 21(5), (pp. 432-49).

Cantillon, B., y Van Lancker W., (2013), Three Shortcomings of the Social Investment Perspective, *Social Policy and Society*, 12(4), (pp 553-564)

Carrasco, C., (2013), El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía, *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31,(1) (pp 39-56).

<http://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/41627/39688>

Castles, F., y Dowrick, S., (1990), The Impact of Government Spending Levels on Medium-Term Economic Growth in the OECD, 1960–85. *Journal of Theoretical Politics*, 2(2), (pp.,173–204).

Castles, F. y Mitchel, D., (1993) Worlds of Welfare and Families of Nations», en . Castles, F., (ed.), Families of Nations: Patterns of Public Policy in Western Democracies, Aldershot: Dartmouth Publishing Company, (PP 93-128).

CEET, Centro de Estudios Tomillo, (2005), Impacto Económico de los Juegos Olímpicos Madrid 2012. Madrid: Centro de Estudios Tomillo y Ayuntamiento de Madrid.

<http://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/UDCObservEconomico/ImpactoEconomicoMadrid2012/ImpactoJuegosMadrid2012.pdf>

CENTRA, Centro de Estudios Andaluces, (2014), Encuesta de la Realidad Social de Andalucía 2014, 3ª Oleada. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces.

<http://www.centrodeestudiosandaluces.es/actividades/programas/realidadsocial/?pagina=2&Cat=1152>

Clayton, R. y Pontusson, J., (1998), Welfare State Retrenchment Revisited, World Politics, 51, (pp 67-98).

Colombo, F. et al. (2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en

Correa, M., Montero, R. y Jiménez J., (2014), ¿Cuánto Cuesta la Dependencia en Andalucía? Aproximación al coste público y privado del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía para 2011, Revista de Estudios Regionales, 101, (pp 101-134).

<http://www.revistaestudiosregionales.com/documentos/articulos/pdf-articulo-2451.pdf>

Craig, D. y Porter D., (2004) ,The Third Way and the Third World: Poverty Reduction and Social Inclusion in the Rise of 'Inclusive' Liberalism, Review of International Political Economy 11(2),(pp 387-423)

Crozier, M., Huntington, S. y Watanuki, J., (1975.), *The Crisis of Democracy. Report on the Governability of Democracies to the Trilateral Commission*, Nueva York, NewYork University Press.

Cruz, I., Desdentado A., Rodríguez G., (1985), *Política Social y Crisis económica. Aproximación a la Experiencia Española*, Madrid: Siglo XXI.

Danforth, B., (2014), *Worlds of Welfare in time: A Historical Reassessment of the Three-World Typology*, *Journal of European Social Policy*, 24 (2), (pp 164-182).

De Laubier, P. (1984). *La Politique sociale dans les sociétés industrielles. 1800 à nos Jours*, París: Economica.

De la Fuente. A. (2015), *El Cálculo de las Necesidades de Gasto Regionales: Notas para la Discusión*, FEDEA, Policy Papers no. 2015-07. Madrid, Octubre de 2015.

<http://documentos.fedea.net/pubs/fpp/2015/10/FPP2015-07.pdf>

Del Pino, E., (2004), *Debates sobre la Reforma del Estado de Bienestar en Europa: Conceptos, Alcance y Condiciones*, Documento de Trabajo 04-03 Unidad de Políticas Comparadas (CSIC).

<http://digital.csic.es/bitstream/10261/1599/1/dt-0403.pdf>

Del Pino, E.,(2013), *The Spanish Welfare State from Zapatero to Rajoy: Recalibration to Retrenchment*, en Botti, A. y Field, B., (eds.), *Politics and Society in Contemporary Spain: From Zapatero to Rajoy*. New York: Palgrave, (pp197-216)

Del Pino, E., (2014), *¿Un Estado Orientado a la Inversión Social? Avances y Retrocesos de los Gobiernos Europeos en Relación al Nuevo Paradigma del Bienestar*, Monográfico, *Por un Nuevo Contrato Social*, *Gaceta Sindical* 22, (pp141-156).

Del Pino, E. y Rubio, M.J., (2013), *El Estudio Comparado de las Transformaciones del Estado de Bienestar y las Políticas Sociales: Definiciones, Metodología y Temas de Investigación*, en Del Pino, E. y Rubio, M.J., (eds), *Los Estados de Bienestar en la Encrucijada. Políticas Sociales en Perspectiva Comparada*. Madrid: Tecnos.(pp-23-60)

Del Pozo, R. y Escribano, F. (2013), Coste agregado e individual esperado de la Ley de Dependencia en España a partir de los modelos de simulación de Monte Carlo y Multi-Estado de Discapacidad, Hacienda Pública Española, 204, (pp.85-110).

Devesa, M. (2006), El Impacto Económico de los Festivales Culturales. El caso de la Semana Internacional de Cine de Valladolid. Valladolid: Fundación Autor.

Díaz, B.,(2011), El Impacto Económico y Social de la Atención a la Dependencia en Cantabria, Colección Estudios Sociales, 11, Dirección General de Políticas Sociales, Consejería de Empleo y Bienestar Social, Gobierno de Cantabria.

<http://www.serviciossocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/El%20impacto%20economico%20y%20social%20de%20la%20atencion%20a%20la%20dependencia%20en%20Cantabria.pdf>

Díaz-Fuentes, D., y Revuelta, J. (2013), La relación a largo plazo entre crecimiento económico y gasto público en España (1850-2000), Investigaciones de Historia Económica, 9, (pp. 32–42)

Donati, P., (2004), Nuevas Políticas Sociales y Estado Social Relacional, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 108, (pp.9-48).

Donati, P., Lucas A., (1987), La Política Social en el Estado de Bienestar: el Desafío de los Sistemas Complejos, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 37, (pp.57-68)

Dorfman, R. Samuleson, P., y Solow (1972), Programación Lineal y análisis Económico, Segunda Edición, Madrid: Aguilar

Draibe, S., Riesgo, M.,(2006), Estado de Bienestar, Desarrollo Económico y Ciudadanía: algunas Lecciones de la Literatura Contemporánea, Series Estudios y Perspectivas, 55, CEPAL Sede Subregional de México.

http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/7/26527/sonia_draibe_estudioscepal_mexico.pdf

Draibe, S. y Riesco, M., (2007), Latin America: A New Developmental Welfare State Model in the Making?, en Riesco, M., (ed) (2007), Latin America. A New Developmental Welfare State in the Making?. UNRISD Palgrave-Macmillan, (pp.21-116).

<https://sites.google.com/a/cendachile.cl/cenda/Home/publicaciones/autores/manuel-riesco/manuel-riesco-libros/latin-america-a-new-developmental-welfare-state-in-the-making>

Draibe, S. y Riesco, M., (2009), El Estado de Bienestar Social en América Latina. Una Nueva Estrategia de Desarrollo, Documento de Trabajo nº 31, Fundación Carolina – CeALCI.

<http://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2014/08/DT31.pdf>

Durán, M., (2012), El trabajo no remunerado en la economía global, Bilbao: Fundación BBVA.

Durán, M., (2014), El Desafío de la Dependencia en una Proyección de Futuro, Revista de Documentación Laboral, vol III, 102, (pp.39-53).

Durán, M., (2015), El Retroceso de la Dependencia en pro de la Estabilidad Presupuestaria y el Fomento de la Competitividad, Zerbitzuan, 58, (pp.27-40)

Ebbinghaus, B. (1999), Does a European Social Model Exist and Can it Survive?», en Huemer, G.; Mesch, M., y Traxler, F. (eds.), The Role of Employer Associations and Labor Unions in the EMU. Institutional Requirements for European Economic Policies, Aldershot: Ashgate, (PP 1-26.)

EC (2012), The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010-2060), European Economy 2/2012, Luxembourg: Publications Office of the European Union,.

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf

EC, (2013), Hacia la Inversión Social para el Crecimiento y la Cohesión Social, Incluida la Ejecución del Fondo Social Europeo 2014-2020, COM (2013) 83, Comisión Europea.

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2013:0083:FIN:ES:PDF>

EC (2013). Proyecto de Informe Conjunto sobre el Empleo, que Acompaña a la Comunicación de la Comisión sobre el Estudio Prospectivo Anual sobre el Crecimiento de 2014, Luxembourg: Publications Office of the European Union,

http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/2014/jer2014_es.pdf

EC y SPC (European Comission y Social Protection Committee) (2014), Adequate Social Protection for Long-Term Care Needs in an Ageing Society, The Social Protection Committee and the European Commission, Luxembourg: Publications Office of the European Union,

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=es&pubId=7724>

EC (2014): «Employment Policy Beyond the Crisis», Social Europe Guide, vol. 8.

http://www.igfse.pt/upload/docs/2014/Social_Europe_guide_vol8.pdf

EC (2015), The 2015 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013-2060), European Economy 3/2015, Luxembourg: Publications Office of the European Union,.

http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/ee3_en.htm

Emmenegge, P., Kvist, J., Marx, P. y Petersen K., (2015), Three Worlds of Welfare Capitalism: The Making of a Classic, Journal of European Social Policy , 25(1),(pp 3-13,)

Espina, A., (2002), La Sociología del Bienestar de Gösta Esping - Andersen y la Reforma del Estado de Bienestar en Europa, Dgpoleco-Unidad de apoyo, Documento de Trabajo, 1-2002

<http://pendientedemigracion.ucm.es/centros/cont/descargas/documento6142.pdf>

Espina, A., (2004), Un Problema de Elección Social: la Reforma del Estado del Bienestar en Europa”. Real Instituto Elcano DT nº 27/2004.

<http://www.realinstitutoelcano.org/documentos/114/114.pdf>

Espina, A., (2007), La vuelta del "Hijo Pródigo", el Estado de Bienestar Español en el Camino hacia la Unión Económica y Monetaria, Política y sociedad, 44 (2), (pp. 45-67).

<http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0707230045A/22253>

Esping-Andersen, G. (1985), Politics against markets. The Social Democratic Road to Power. Princeton: Princeton University Press.

Esping-Andersen, G. (1992) 'The Making of a Social Democratic Welfare State', en Misgeld, M. y Amark, K., (eds) Creating Social Democracy. A Century of the Social Democratic Labor Party in Sweden. Pennsylvania: The Pennsylvania State University Press.

Esping-Andersen, G., (1993), Los tres Mundos del Estado del Bienestar, Valencia: Institució Alfons el Magnanim, La edición inglesa es de 1990.

Esping-Andersen, G., (1996), Welfare States in Transittion. National Adaptations in Global Economies. Londres: Sage

Esping-Andersen, G., (2000), Fundamentos Sociales de las Economías Postindustriales, Ariel Ciencias Políticas, Barcelona: Ariel. La edición original en inglés es de 1999.

Esping-Andersen, G, (2009), The Incomplete Revolution. Adapting to Women’s New Roles. Cambridge: Polity Press.

Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A. y Myles, (2002), My we Need a New Welfare State. Oxford: Oxford University Press.

Esping-Andersen, G. y Palier, B., (2010), Los Tres Grandes Retos del Estado del Bienestar,. Barcelona: Ariel.

Fantova, F., (2014), Diseño de Políticas Sociales, Madrid: Editorial CCS.

Fernández, S., y Caravaca, C., (2011), La Política Social. Presupuestos teóricos y Horizonte Histórico, Aposta, 50, (pp. 2-46).

<http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/serferi.pdf>

Fernández J, y Herce, J. (2009), Los retos Socio-económicos del Envejecimiento en España. Analistas Financieros Internacionales. Madrid: Consultores de las Administraciones Públicas.

http://www.unespa.es/adjuntos/fichero_3009_20100125.pdf

Fernández, T. y López A, (2006), El Estado del Bienestar: Orígenes y Perspectivas, en Alemán, C. y Fernández, T., (coord), Política Social y Estado de Bienestar, Valencia: Tirant lo Blanch, (pp.15-46).

Ferrera, M., (1996), The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe, Journal of European Social Policy February 1996 6(1);,(pp 17-37).

Fisher, B. y Erickson, J. (2007), Growth and Equality: Dismantling the Kaldor-Kuznets-Solow Consensus, en Erickson, J. y Gowdy, J. (eds.), Frontiers in Ecological Economics, Northampton MA: Edward Elgar,(pp. 54-71).

Flaquer, L. (2000), Family Policy and Welfare State in Southern Europe, Working Paper N° 185, Institut de Ciències Polítiques i Socials, Barcelona.

http://www.icps.cat/archivos/WorkingPapers/WP_I_185.pdf?noga=1

Flora, P., (1995), On the History and Current Problems of the Welfare State” en Eisenstadt, S y Ahimeir, O. (Ed.), The Welfare State and its aftermath. Londres: Croom Helm. London, (pp. 11-30)

Fouarge, D. (2003), Costs of non-Social Policy: Towards an Economic framework of Quality Social Policies – and the Costs of not Having Them, Report for the Employment and Social Affairs DG, European Commission.

Furniss, N., y Tilton, T., (1977), The Case for the Welfare State .Bloomington: Indiana University Press.

García Montalvo, J. y Pérez García, F.(1996), Metodología y medición del impacto económico de los aeropuertos: el caso del aeropuerto de Valencia, Madrid: Editorial Civitas,.

Gardner, A (1981), El problema del inflaparo, Papeles de Economía Española,8, (PP. 407-416).

Garmencia, J., (2012, Estudio sobre la Incidencia Económica del Museo Artium de Vitoria-Gasteiz, Fundación Artium de Vitoria-Gasteiz.

http://www.artium.org/images/historico/documentos/Transparencia/Memoria_estudio_impacto_Artiuml.pdf

Gascón, S. y Redondo, N., (2014), Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia, Estudio nº 7, Serie de Análisis, Área de Políticas Sociales, Madrid: Programa EUROsociAL.

http://www.sia.eurosoci-al.eu/files/docs/1420801076-ESTUDIO_7_web.pdf

Giannelli, G., Mangiavacchi, L. y Piccoli, L, (2010), GDP and the Value of Family Caretaking: How Much Does Europe Care?, IZA Discussion Paper No. 5046

<http://ftp.iza.org/dp5046.pdf>

Giddens, A. (1999) La tercera vía. La renovación de la socialdemocracia, Madrid: Taurus. Edición en ingles de 1998.

Gilbert, N., (2004), Transformation of the Welfare State: the Silent Surrender of Public Responsibility, Nueva York: Oxford University Press.

Glendinning, et alia (2009), Care Provision Within Families and its Socio-economic Impact on Care Providers across the European Union, Research Works, 2009–05, York, Social Policy Research Unit, University of York.

Gomá, R., (1996), La Reestructuración de los Sistemas de Bienestar en Europa, Revista Internacional de Sociología, 15, (pp 95-120).

Gómez de Pedro, M., (2001), El Estado del Bienestar. Presupuestos éticos y políticos, Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona.

<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/1751/TESISGPEDRO.pdf?sequence=1>

Gómez, M., Hernández, J., Martín, E. y Sosvilla, S (2012), La Atención a la Dependencia: Estimaciones del Gasto Presupuestario y de sus Efectos Macroeconómicos, Presupuesto y Gasto Público, 66, (pp.127-148).

González, I. (2011), El Cambio de Orientación en la Política Social Comunitaria. Del Estado del Bienestar a la Sociedad del Bienestar. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla.

González Ortega, J. et alia, (2012), La Aplicación de la Ley de Dependencia en España, Consejo Económico y Social de España.

http://www.ces.es/documents/10180/106107/preminves_Ley_Dependencia.pdf

Goodman, R. y Peng, I., (1996). The East Asian Welfare States: Peripatetic Learning, Adaptive Strategy and Nation-Building”, en Esping Andersen, G., (Ed.), Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies. Londres: Sage.

Gough, I., (2004a), Welfare Regimes in Development Contexts: a Global and Regional Analysis», en Gough, I. y Wood , G.,(Ed.), Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development Context, Cambrige: Cambrige University press, (pp. 15-49)

Gough, I., (2004b): East Asia: The Limits of Productivist Regimes, en Gough, I. y Wood, G, (Ed.), Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development Context, Cambrige: Cambrige University press, (pp 169-201).

Gough, I. y Wood, G., (2004c), Conclusion: Rethinking Social Policy in Development contexts, en Gough, I. y Wood, G, (Ed), Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development Context, Cambrige: Cambrige University press, (pp 312-326).

Green-Pedersen, G., (2004), The Dependent Variable Problem within the Study of Welfare State Retrenchment: Defining the Problem and Looking for Solutions, *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 6 (1), (pp 3-14)

Guillén, A., (1992), Social Policy in Spain: From Dictatorship to Democracy (1939-1982) en Ferge, z. y Kolberg, J.E. (eds.) *Social Policy in a Changing Europe*. Boulder, Colorado: Campus Weshriew (pp.119-142)

Guillén, A. y León, M., (2011), *The Spanish Welfare State in European Context*, Farnham: Ashgate.

Guillén, A., González, S., Luque, D., (2014), La Europa social en crisis. Modelo Social Europeo y políticas de austeridad, *Cuadernos de Información Económica*, 242, (pp 99-107)

Hall, P. A., (Ed.). (1989). *The Political Power of Economic Ideas: Keynesianism across Nations*. Princeton: Princeton University Press.

Hall, P. A., (1993), Policy Paradigms, Social Learning and The State: The Case of Economic Policymaking in Britain, *Comparative Politics*, 25(3), (pp.275-296).

Hasmath, R., (Ed) (2015a), *Inclusive Growth, Development and Welfare Policy: A Critical Assessment*. New York and Oxford, UK: Routledge.

Hasmath, R., (2015 b), The Paradigms of Inclusive Growth, Development and Welfare Policy, en Hasmath, R., (Ed.), *Inclusive Growth, Development and Welfare Policy: A Critical Assessment*, New York and Oxford, UK: Routledg, (pp 1-9),

Hayeck, F. (1982), *Law, Legislation and Liberty*, Londres, Routledge and Kegan Paul, 3 Vols

Hébert, R., (2012), L'assurance Autonomie: Une Innovation Essentielle pour Répondre aux Défis du Vieillissement, *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement* ,31(1),(pp1-11)

Held, D. (1991) Democracy, the Nation-State and the Global System, en Held, D., (Ed), Political Theory Today, Stanford: Stanford University Press,(pp.197-235).

Hemerijck, A. (2012a), 'The Political economy of Social Investment', en Burroni L., Keune, M., y Meardi, G., (Eds), Economy and Society in Europe: A Relationship in Crisis, Cheltenham: Edward Elgar, (pp. 40–60).

Hemerijck, A., (2012b), Two or Three Waves of Welfare State Transformation?, en Morel, N., Palier, B., y Palme J.,(Ed), Towards a Social Investment State ?. Ideas, Policies and Challenges. Bristol: Bristol Policy Press. (pp. 33-60).

Hemerijck, A. ,(2013), Changing Welfare States. Oxford: Oxford University Press.

Hemerijck, A: et alia. (2013), European Welfare States in Motion. Neujobs Working Paper no. d5.2 / march 2013.

http://www.neujobs.eu/sites/default/files/NEUJOBS_WP_D5%202_revision_FINAL_0.pdf

Herce, J., A. y Sosvilla Rivero, S. (1995), HERMIN Spain, Economic Modelling, Vol. 12, (pp. 295-311).

Herce, J., Labeaga, J., Sosvilla, S., y Ortega, C. (2006), El Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus Efectos sobre el Empleo, Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 60, (pp.167-195).

Hicks, J., (1986), Riqueza y Bienestar: Ensayos sobre Teoría económica, México: Fondo de Cultura Económica.

Hirsch, W.Z. (1959), Interindustry Relations of a Metropolitan Area, The Review of Economics and Statistics, 41, (pp. 360-369).

Holzmann R., y Jorgensen S., (2001),. Social Risk Management: A New Conceptual Framework for Social Protection, and Beyond, International Tax and Public Finance, 8, (pp. 529-556.)

Hudson, J., y Kühner, S., (2009). Towards Productive Welfare? A Comparative Analysis of 23 OECD Countries, *Journal of European Social Policy*, 19(1),(pp34-46.)

IECA, Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, (2011), Matriz de Contabilidad Social de Andalucía 2005. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia./mcsan/index.htm>

IECA, Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, (2015a), Proyección de la población de Andalucía, Provincias y Ambitos Subregionales 2013-2070, Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/proyecciones/proyecc/index.htm>

IECA, Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, (2015b), Marco Input-Output de Andalucía 2010, Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía.

<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/mioan/mioan2010/index.htm>

IMSERSO, (2004), Libro Blanco de la Dependencia. IMSERSO

<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

IMSERSO: (2015): Avance de la evaluación 2014 del Sistema de la dependencia. IMSERSO.

<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20141231av.pdf>

INE, Instituto Nacional de Estadística, (2008), Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Situaciones de Dependencia (EDAD2008).

INE, Instituto Nacional de Estadística, (2012), Proyección de la Población de España a Largo Plazo (2012-2052).

INE, Instituto Nacional de Estadística, (2013), Proyección de la Población de España a Corto Plazo (2013-2023).

INE, Instituto Nacional de Estadística ,(2015a), Encuesta de Población Activa.

INE, Instituto Nacional de Estadística, (2015b), Encuesta Continua de Hogares.

INE, Instituto Nacional de Estadística, (2015c), Contabilidad Nacional de España. Base 2010.

Jaén, M., (2004), La Ley de Wagner: un Análisis Sintético, Papeles de Trabajo 6/04, Instituto de Estudios Fiscales,

http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/papeles_trabajo/2004_06.pdf

Janowitz, M., (1976), Social Control of the Welfare state, New York, Elsevier.

Jenson, J.,(2010), Diffusing Ideas After Neoliberalism: The Social Investment Perspective in Europe and Latin America, Global Social Policy 10(1),(pp 59-84).

Jenson, J., (2012), A New Politics for the Social Investment Perspective: Objectives, Instruments, and Areas of Intervention in Welfare Regimes, en Bonoli, G, y Natali, D., The Politics of New Welfare State. Oxford: Oxford University Press, (pp 21 – 45).

Jenson, J., y Saint Martin, D., (2003), New Routes to Social Cohesion? Citizenship and The social Investment State, Canadian Journal of Sociology, 28 (1), (pp77-99).

Jenson, J., y Saint Martin, D., (2006), Building Blocks for a New Social Architecture: the LEGOTM Paradigm of an Active Society, Policy and Politics, 34(3), (PP 429–451).

Jiménez, A., (2014), Evolución de la Población en Situación de Dependencia: Retos y Tendencias, Actas de la Dependencia, 11, (pp.8-29)

<http://www.fundacioncaser.es/content/actas-de-la-dependencia-n-11>

Johnson, K., (2014), Rediscovering Social Investment in Developmental Welfare State Policies (DWSP): Back to the Future , CSD Working Paper 14-02, . St. Louis, Washington University, Center for Social Development.

<http://csd.wustl.edu/Publications/Documents/WP14-02.pdf> (

Karlsson, M., Iversen, T y Øien, H., (2010), Scandinavian Long Term Care Financing, Health Economics Research Programme, Working Paper 2/2011., University of Oslo.

https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2010/2010_2.pdf

Keynes, J.M. (1974), Teoría General de la Ocupación, el Interés y el Dinero, Mexico: Fondo de Cultura Económica. La edición en inglés es de 1936.

Korpi, W., (1978), The Working Class in Welfare Capitalism, Work, Unions, and Politics in Sweden. London and Boston: Routledge Kegan & Pau

Korpi, W., (1985), Economic Growth and The Welfare System: Leaky Bucket or Irrigation System. European Sociological Review, 1(2), (pp.97–118).

Krüger, K. y Jiménez E., (2013), La Ley de Dependencia ¿Un Cambio en el Régimen de Bienestar Español? Familiarización Versus Profesionalización, Scripta Nova, 436,

<http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-436.htm>

Kvist, J., y Torfing, J. (1996). Changing Welfare State Models ,Centre for Welfare State Research Working Paper No. 5, Copenhagen, Denmark: University of Copenhagen.

Kuhn, T., (2005), La estructura de las revoluciones científicas, Madrid: Fondo de Cultura Económica de España.

Kwon, H., (1997), Beyond European Welfare Regimes: Comparative Perspectives on East Asian Welfare Systems”, Journal of Social Policy, 26, (pp. 467-484.)

Kwon, H., (2003), Transforming the Developmental Welfare States in East Asian, Development and Change, 36 (3), (pp 477–497)

Lafortune, G., y Balestat G., (2007), Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future implications, OECD Health Working Papers No. 26:

<http://www.oecd.org/els/soc/38343783.pdf>

Leontief (1988), Análisis Económico Input-Output. Barcelona: Orbis. El original en inglés es de 1965.

Lessenich, S., (1996), España y los 'Regímenes' de Estado del Bienestar, Revista Internacional de Sociología, 13,(pp 147-161).

Lewis, J., (2001), The Decline of the Male Breadwinner Model: the Implications for Work and Care, Social Politics, 8 (2), (pp. 152-70).

Lindert, P., (2004), Growing Public. Social Spending and Economic Growth Since the Eighteenth Century, Volume 1, The Story y olume 2, Further Evidence, Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

Lindh, T., (2012). Social Investment in the Ageing Populations of Europe, en Morel, N., Palier, B. y Palme J.,(Ed), Towards a Social Investment State ?. Ideas, Policies and Challenges. Bristol: Bristol Policy Press, (pp 261-84).

Lindh, T., Palme, J., (Ed),. (2006), Sustainable Policies in an Ageing Europe, Stockholm: Institute for Futures Studies, Research Report Series, Society and the Future No. 3.

Lloyd-Sherlock, P., et alia (2012), Population Ageing and Health”, The Lancet, Vol. 379 , No. 9823, (pp1295–1296)

Luján, E., Berjano E., (2004), Inmigración y cuidados a mayores. Un mercado no tan visible, Geriátrika, Revista iberoamericana de geriatría y gerontología, 20 (3) (pp.124-132)

Lundvall, B, y Lorenz, E., (2012a), Social Investment in the Globalising Learnenig Economy: a European Perspective, en Morel, N., Palier, B. y Palme J.,(Ed), Towards a

Social Investment State ?. Ideas, Policies and Challenges. Bristol: Bristol Policy Press. (pp. 235-260).

Lundvall, B. y Lorenz, E., (2012b), From the Lisbon Strategy to EUROPE 2020 , en Morel, N., Palier, B. y Palme J.,(Ed), Towards a Social Investment State ?. Ideas, Policies and Challenges. Bristol: Bristol Policy Press. (pp. 353-376).

Luque, T., Del Barrio, S. y Aguayo, J.M., (2009). Estudio del Impacto Económico de la Universidad de Granada en su Entorno. Universidad de Granada. Consejo Social.

McCallum, J., y Blais, A., (1987), Government, Special Interest Groups, and Economic Growth, Public Choice, 54(1), (pp.3-18).

Mahon, R., (2012). Social Investment According to the OECD/DELSA: A Discourse in the Making, Welfare Societies, Working Papers, 3 , Bremen Forschungsverbund “Welfare Societies”.

http://welfare-societies.com/uploads/file/WelfareSocietiesWorkingPaper-No3_RianneMahon.pdf

Maisonneuve, C., y Oliveira J., (2015), The future of Health and Long-Term Care Spending, OECD Journal: Economic Studies Volume 2014, (pp.61-96).

Marbán, V., (2012) Actores sociales y desarrollo de la Ley de la dependencia, Revista Internacional de Sociología, 70, (pp.375-398).

<http://www.sis.net/documentos/ficha/203543.pdf>

Marbán, V.,(2013), Modelos de Cuidados de Larga Duración: Perspectiva Internacional, Seminario AECID Políticas públicas de Atención a Personas Mayores Dependientes. Hacia un Sistema Integral de Cuidados, Cartagena de Indias, Colombia, Noviembre de 2013.

http://www.riicotec.org/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/05modelo_scuidadosvmarban.pdf

Mares, I., (2010), Macroeconomic Outcomes, en Castles F., Leibfried, S., Lewis, J., Obinger, H. y Pierson, C., (Eds), The Oxford Handbook of Welfare State, Oxford, Oxford University Press,,(pp. 539-551).

Marí-Klose, P. y Moreno Fuentes, F. (2013), The Southern European Welfare Model in the Post-industrial Order. Still a Distinctive Cluster?, European Societies, 15 (4), (pp. 475-492)

Marshall, T. H., (1998), Ciudadanía y Clase Social, Madrid: Alianza. La edición inglesa es de 1949.

Martí, M. y Puertas R., (2012), Impacto Económico de la Celebración de un Evento Deportivo: Campeonato del Mundo de Moto GP en Valencia, Estudios de Economía Aplicada, 30(2), (pp.683-702).

Martin-Serrano, E., (2014), ¿Es Todavía Posible un Sistema de Dependencia como Motor Económico de Empleo?, Actas de la Dependencia, 11, (pp.31-58).

http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/emartin_empleoysaad.pdf

Martínez Estévez, A. (1980), Multiplicadores Renta a Través de las Tablas Input-Output Revista de Economía Política, 85, (pp.161-195).

Martínez de Pison, J., (1994), La crítica Neoliberal al Estado Social. Un resumen y una Valoración, Doxa, Cuadernos de Filosofía del Derecho, Nº 15-16,(pp.243-270).

Martínez Fernández, P., (2009), Decisiones de Comportamiento Irregular y Evasión Fiscal en la Empresa. Un análisis Causal de los Factores Organizativos. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales

Maslow, A. H., (1943), A Theory of Human Motivation, Psychological Review, 50, (pp.370-396).

McCallum, J. y Blais, A., (1987), Government, Special interest Groups, and Economic Growth, Public Choice, 54(1),(pp. 3–18).

Meil, G. (2011), Individualización y Solidaridad familiar, Barcelona: Fundación “la Caixa”.

<http://www.sis.net/es/buscar/Record/180064>

Midgley, J. (1984), Social Security, Inequality and the Third World, New York: Wiley,

Midgley, J. (1995), Social development: The Developmental Perspective in Social Welfare, Londres: Sage.

Midgley, J. (1999), Growth, Redistribution, and Welfare: Toward Social Investment, Social Service Review, 73 (1), (pp.3–21).

Midgley, J. (2013), Social Development and Social Protection: New Opportunities and Challenges, Development Southern Africa, 30(1), (pp 2-12).

Miller, R. y Blair, P. (2009), Input–Output Analysis. Foundations and Extensions, Second Editions, Cambridge : Cambridge University Press.

MINECO, Ministerio de Economía y Competitividad, (2013), Programa Nacional de Reformas. Reino de España, 2013.

http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/nrp2013_spain_es.pdf

Mishra, R. (1992), Estado de Bienestar en Crisis: Pensamiento y Cambio Social, Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. El original en inglés es de 1984.

Mishra, R. (1999) Globalization and the Welfare State, Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.

MISPSI, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011): Informe del Gobierno para la Evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_082153.pdf

MITASS, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005), Memoria del Análisis de Impacto Normativo, Económico, de Género e Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal, del Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Mochón, F., (2000), Economía, Teoría y Política, Cuarta edición., Madrid: Mc Graw Hill.

Molero, L., (2014), El Espacio de las prestaciones Económicas en la Protección Social de las Personas Dependientes: una Reflexión sobre el Sistema de Cuidados Deseable, Documentación Laboral, vol III, 102, (PP.163-183).

Molina, J., (2004). La Política social en la historia. Murcia: Ediciones Isabor

Montagut, T., (2009), Repensando la Política Social, Documentación Social, 154, (pp 13-23)

Montagut, T., (2014), Política social. Una introducción, Barcelona, Ariel.

Montserrat, J. (2011), Copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Costes e Impactos en la Renta de los Usuarios, en Papeles de Economía Española, 129, (pp.195-207).

<http://www.funcas.es/publicaciones/Sumario.aspx?IdRef=1-01129>

Montserrat, J., (2012), El Copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, Actas de la Dependencia, 6, (pp. 75-99).

http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/6_el_copago_en_%20ley_de_promocion.pdf

Montserrat, J., (2014), El impacto de la Crisis en el Sistema de Atención a la Dependencia. ¿Hacia un Cambio de Modelo?, Documento de Trabajo 5.6, VII Informe sobre la Exclusión y Desarrollo Social en España, FOESA.

http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/23102014144847_4790.pdf

Moore, F. y Petersen, J., (1955), Regional Analysis: An Interindustry Model of Utah, The Review of Economics and Statistics, 37, (pp. 363-383).

Morillas, A., (2009), Los Efectos Inducidos del Turismo sobre Economía Andaluza, en Instituto de Análisis Económico y Empresarial de Andalucía, Informe Anual del Sector Turístico de Andalucía 2008. Unicaja y Consejería de Turismo, Comercio y Deporte, (pp. 446-478).

<http://www.economiaandaluza.es/sites/default/files/9.Efectos%20inducidos%20del%20turismo%20sobre%20la%20econom%C3%ADa%20andaluza.pdf>

Moreira, A., (2008) The Activation Dilemma. Reconciling the fairness and Effectiveness of Minimum Income Schemes in Europe, Bristol: Policy Press.

Morel, N., Palier, B. y Palme J.,(2012a), Beyond The Welfare State as we Knew it?, en Morel, N., Palier, B. y Palme J., (Ed), Towards a Social Investment State ?. Ideas, Policies and Challenges, Bristol: Bristol Policy Press, (pp 1-30).

Morel, N., Palier, B. y Palme J., (2012b), Social Investment: a Paradigm in Search of a New Economic Model and Political Mobilisation, en Morel, N., Palier, B. y Palme J., (Ed), Towards a Social Investment State?. Ideas, Policies and Challenges., Bristol: Bristol Policy Press. (pp. 353-376).

Morel, N., Palier, B. y Palme J.,(Ed), (2012c), Towards a Social Investment State?. Ideas, Policies and Challenges, Bristol: Bristol Policy Press.

Morel, N., Palier, B. y Palme J., (2013), The Social Investment Welfare State in Europe, 1990s and 2000s: Economic Ideas and Social Policies, The Governance and Globalization Working Paper Series 33, Sciences Po.

http://sciencespo-globalgovernance.net/webfm_send/126

Morel, N., Palier, B. y Palme J., (2015) The Long Road Towards a Social Investment State, en Hasmath, R., (Ed) Inclusive Growth, Development and Welfare Policy: A Critical Assessment. New York and Oxford, UK: Routledge. (p. 124-141).

Moreno, L., (2001), Critica del libro Fundamentos Sociales de las Economías Postindustriales de Esping-Andersen, Revista Española de Sociología, 1, (pp 185-188)

Moreno, L., (2002), Estado del bienestar y “*Mallas de Seguridad*”, Documento de Trabajo 02-03, Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP), CCHS-CSI

http://www.ipp.csic.es/sites/default/files/IPP/documento_trabajo/pdf/dt-0203.pdf

Moreno, L., (2003), Bienestar Mediterráneo y “*Supermujeres*”, Unidad de Políticas Comparadas (CSIC), Documento de Trabajo 03-09.

http://www.ipp.csic.es/sites/default/files/IPP/documento_trabajo/pdf/dt-0309.pdf

Moreno, L., (2006), España y el Bienestar Mediterráneo, Documento de Trabajo 06-10, Unidad de Políticas Comparadas, CSIC.

<http://digital.csic.es/bitstream/10261/1669/1/dt-0610.pdf>

Moreno, L., (2010), Reformas de las Políticas de Bienestar: Contexto y Nuevos Riesgos Sociales, Documento de trabajo 2010-19, Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP), CCHS-CSIC.

http://www.ipp.csic.es/sites/default/files/IPP/documento_trabajo/pdf/CSIC-IPP-DT-2010-19_Moreno.pdf

Moreno, L. (2013), Crisis y Reformas del Estado del Bienestar en Europa, Presupuesto y Gasto Público, 71, (pp23-35).

Moreno Fuentes, F., (2015), Retos y Reformas de las Políticas de Cuidado de Larga Duración en España, en Moreno Fuentes F. y Del Pino E., (coords.), Desafíos del Estado de Bienestar en Noruega y España, Madrid: Tecnos.

https://www.researchgate.net/publication/274224535_Desafios_del_Estado_de_Bienestar_en_Noruega_y_Espana_Nuevas_politicas_para_atender_a_Nuevos_Riestos_Sociales

Moreno Fuentes, F., Del Pino, E., et alia (2015), Nuevos riesgos sociales y las reformas del estado de bienestar, en Moreno, F., Del Pino, E., (coords.), Desafíos del Estado de Bienestar en Noruega y España. Nuevas políticas para atender a nuevos riesgos sociales. Madrid: Tecnos, (pp 11-29).

https://www.researchgate.net/publication/274224535_Desafios_del_Estado_de_Bienestar_en_Noruega_y_Espana_Nuevas_politicas_para_atender_a_Nuevos_Riestos_Sociales

Morillas, A., (2009), Los Efectos Inducidos del Turismo sobre Economía Andaluza, en Instituto de Análisis Económico y Empresarial de Andalucía, Informe Anual del Sector Turístico de Andalucía 2008. Unicaja y Consejería de Turismo, Comercio y Deporte, (pp. 446-478).

<http://www.economiaandaluza.es/sites/default/files/9.Efectos%20inducidos%20del%20turismo%20sobre%20la%20econom%C3%ADa%20andaluza.pdf>

Mulas-Granados, C., (coord.), (Ed.), FIIAPP, (2010), El Estado Dinamizador. Nuevos Riesgos, Nuevas Políticas y La Reforma del Estado de Bienestar en Europa, Madrid: Editorial Complutense.

Muñoz Alamillo, A., Vicente, J. y Muñoz Martínez, A., (2012), Estimación de los Efectos Directos, Indirectos e Inducidos del Paro Juvenil, sobre la Economía Española mediante el Empleo de la Contabilidad Nacional y de las Tablas Input-Output, Revista de Estudios de la Juventud, 97, (pp.13-24).

Musgrave, R., (1973), Sistemas fiscales, Madrid: Aguilar. La versión en inglés es de 1969.

Musgrave, R. y Peacock, A., (1958) *Classics in Public Finance*, Ney York: Macmillan.

Myrdal A. y Myrdal G., (1934), *Kris i Bifolkningsfragan*. Myrdal, Alva & Gunnar Myrdal, *Kris i befolkningsfrågan*. Citado por Hemerijck, A. (2012b), *Beyond The Welfare State as we Knew it?*, en Morel, N., Palier, B. y Palme J.,(Ed), *Towards a Social Investment State ?*. Ideas, Policies and Challenges. Bristol: Bristol Policy Press, (pp 1-30).

Navarro, V., (2004), *El Estado de Bienestar en España*, en Navarro, V., (coord.), *El Estado de bienestar en España*, Madrid: Tecnos, (pp 15-32).

Navarro Vicente, T.,(2011): *Aproximación a la Evolución del estado de Bienestar en España: Límites y Oportunidades*, *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, julio 2011,

www.eumed.net/rev/cccss/13/

Nikolai, R., (2012) *Towards Social Investment? Patterns of Public Policy in The OECD World*, en Morel, N., Palier, B. y Palme J.,(Ed), *Towards a Social Investment State ?*. Ideas, Policies and Challenges. Bristol: Bristol Policy Press, (pp 99-115).

Nolan, B., (2013), *What Use is ‘Social Investment’?*, *Journal of European Social Policy*, 23(5), (pp459–468).

Norton, A., Conway, T., Foster, M. (2001). *Social Protection Concepts and approaches: Implications for Policy and Practice in International Development*,. Centre for Aid and Public Expenditure, London.

<http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/2999.pdf>

Nordström, H., (1992), *Studies in Trade Policy and Economic Growth*. Stockholm University Monograph 20. Stockholm: Institute for International Economic Studies.

O’Connor, J., (1981), *La crisis Fiscal del Estado*, Barcelona: Ediciones Península.

Ochando, C, (1999), *El Estado del Bienestar, Objetivos, Modelos y Teorías Explicativas*, Barcelona: Ariel.

OECD, (1994) New Orientations for Social Policy, Paris, OECD.

OECD (2007), Conceptual framework and methods for analysis of data sources for long-term care expenditure. OECD Publishing.

<http://www.oecd.org/els/healthsystems/Conceptual%20Framework%20and%20Methods%20for%20Analysis%20of%20Data%20Sources%20for%20Long-Term%20Care%20Expenditure.pdf>

OECD (2009). Promoting pro-growth social protection. París: OECD. Publishing.

<http://www.oecd.org/dac/povertyreduction/43514563.pdf>

OECD (2011), Health at a Glance 2011, Paris: OECD Publishing.

<http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>

OECD (2013), Health at a Glance 2013, Paris: OECD Publishing.

<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>

Offe, C., (1990), Contradicciones en el Estado de Bienestar. Madrid: Alianza.

Olier, E., (2014), Welfare Economics, Welfare State and the Real Economy, A AESTIMATIO, The IEB International Journal of Finance, 8, (pp 160-183).

Oliva, J., Vilaplana, C. y Osuna, R., (2011), El Valor Social de los Cuidados Informales Provistos a Personas Mayores en Situación de Dependencia en España, Gaceta Sanitaria, 25(S), (pp. 108-114).

Österle, A., (2009), Regímenes de bienestar europeos y el cuidado de larga duración, en Arriba, A., y Moreno Fuentes, F., (Coord.), El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos, Colección Estudios Serie Dependencia 12007, IMSERSO, Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

<http://www.camfleganes.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/tratamientodep.pdf>

Ostrom, E., (2010), El gobierno de los Bienes Comunes. La evolución de las Instituciones de Acción Colectiva, México: Fondo de Cultura Económica.

Pacolet, J., (2009), Protección social de personas mayores dependientes en Europa, en Arriba, A., y Moreno Fuentes, F., (Coord.), El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos, Colección Estudios Serie Dependencia 12007, IMSERSO, Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social

<http://www.camfleganes.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/tratamientodep.pdf>

Palier, B. (ed.), (2010), A Long Goodbye to Bismarck? The Politics of the welfare Reform in Continental Europe, Ámsterdam: Amsterdam University Press.

Pastor, J.M., Pérez, F., y Peraíta, C., (2009). La Contribución Socioeconómica de las Universidades Públicas Valencianas. Valencia: Universitat de Valencia, Servicio de Publicaciones. Valencia

<http://web.ua.es/en/actualidad-universitaria/documentos/febrero2013/ivie-informe.pdf>

Pastor, J.M, Peraíta, C., (2010). La Contribución Socioeconómica de la Universidad Pública de Navarra. Universidad Pública de Navarra.

Perez Orozco, A. (2006), Amenaza Tormenta: La crisis de los Cuidados y la Reorganización del Sistema Económico, Revista de Economía Crítica, 6, (pp.7-37).

Perez Orozco, A. (2010), Diagnóstico de la Crisis y Respuestas desde la Economía Feminista, Revista de Economía Crítica, 9, (pp.131-144).

Pérez Yruela, M., (1996), Corporatismo y Estado del Bienestar en Casilda, R. y Tortosa J. M., Pros y contras del Estado del Bienestar, Madrid: Tecnos,

Pérez Yruela, M., y Giner, S., (1985), Corporatismo: el Estado de la Cuestión, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 31, (pp. 9-45).

Perkins, D., Nelms, L. y Smyth, P., (2004), Beyond Neo-liberalism: The Social Investment State?, Social Policy Working Paper No. 3, Centre for Public Policy University of Melbourne.

<http://www.bsl.org.au/research-and-publications/publications/social-policy-working-papers/>

Perkins, D., Nelms, L. and Smyth, P. (2005), 'Beyond neo-liberalism: the social investment state?', Just Policy: A Journal of Australian Social Policy, 38: 34–41.

Persson, T. y Tabellini, G., (1994), Is Inequality Harmful for Growth?, The American Economic Review, 84(3), (pp. 600-621).

Phelps's, E., (1969), The New Macroeconomics in Inflation and Employment Theory", The American Economic Review, Vol. 59, No.2,(p. 147-160)

Pierson, P., (1994). Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment. Cambridge: Cambridge University Press.

Pierson, P., (1996), The New Politics of the Welfare State", World Politics, 48, (pp143-179).

Pierson, C. (1998), Beyond the Welfare State? The New Political Economy of Welfare. Cambridge: Polity.

Pierson, P., (2001). Investigating the Welfare State at Century's End", en Pierson, P., (Ed) The New Politics of the Welfare State, Oxford: Oxford University Press, (pp 1-14).

Pigou, A.C., (1946), La economía del Bienestar, Madrid: Aguilar.

Prada, M. y Borge, L., (2014), Una Aproximación al Coste de la Dependencia en España Y su Financiación, Fundación Caser.

http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/costedependenciadef_0.pdf

Przywara, B.; Díez Guardia, N y Sail, E. (2010). Future Long-term Care Needs and Public Expenditures in in the EU Member States. CESifo DICE Report 2/2010.

<http://www.cesifo-group.de/portal/pls/portal/docs/1/1192822.PDF>

http://prensa.lacaixa.es/obrasocial/show_annex.html?id=44190

Rein, M., Rainwater, L., (1986), Public/Private Interplay in Social Protection : a Comparative Study Armonk, New.York: M.E. Sharpe.

Richardson, H (1972), Input-Output and Regional Economics. New York: John Wiley and Sons.

Robbins, L., (1932), An Essay on the Nature and Significance of Economic Science, Londres : Macmillan .

Rodrigues, J., (Ed) (2003) The New Knowledge Economy in Europe. A Strategy for International Competitiveness and Social Cohesion, Northampton: Edward Elgar.

Rodríguez , G.(1989), Orígenes y Evolución del Estado de Bienestar Español en su Perspectiva Histórica. Una visión General. Política y Sociedad. 2, (pp. 79-87).

<http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/viewFile/POSO8989130079A/30671>

Rodríguez , G.(1990), De la Beneficencia a los Servicios sociales en el Contexto Evolutivo de la Política Social” en El gasto Público en Servicios Sociales en España 1972-1988, Ministerio de Asuntos Sociales.

Rodríguez, G, (1994a), Estado de Bienestar y Sociedad del Bienestar, Debates e Ideologías en Torno a la División Mixta del Bienestar , Revista Internacional de Sociología, 8 y 9, (pp 7-27).

Rodríguez , G. (1994b), "La política social en España: 1980-92" en FOESSA, V Informe Sociológico sobre la situación en España. Sociedad para todos en el año 2004, 9, pp. 1443-1494. Madrid: Fundación FOESSA.

<http://www.caritas.es/imagesrepository/CapitulosPublicaciones/719/10%20-%20POL%C3%8DTICA%20DE%20RENTAS.pdf>

Rodríguez , G. (1997). "Conflicto, gobernabilidad y Política social". En Giner, S. y Sarasa, S. (coord.). Buen Gobierno y Política Social. Barcelona: Ariel, (pp. 113-132)

Rodríguez, G. (2002), Tendencias de Cambio en Política Social en Rodríguez G. y Sotelsek, D., (Cood), Apuntes Sobre Bienestar Social, Servicio de Publicaciones Universidad de Alcalá, (pp17-38).

Rodríguez, G. (coord), (2014), Estado de Bienestar en España: Transformaciones y Tendencias de Cambio en el Marco de la Unión Europea, VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014, FOESA, Madrid.

http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/capitulos/pdf/05_Capitulo_5.pdf

Rodríguez, G. y Marbán, V. (2013a): Long-Term Care in Spain: Between Family Care Tradition and the Public Recognition of Social Risk, en Ranci, C., y Pavolini, E. (eds.): Reforms in Long-Term Care Policies in Europe, Investigating Institutional Change and Social Impacts, Nueva York: Springer,

Rodríguez, G. y Marbán , V. (2013b), La Atención a Dependencia en una Perspectiva Europea: de la Asistencialización a la Cuasi-Universalización, en Del Pino, E., y Rubio, J., (Eds), Los Estados de Bienestar en la Encrucijada,, Madrid: Tecnos, (pp.237-261)

Rodríguez, Molina, M., (2013) Use of Informal and Formal Care Among Community Dwelling Dependent Elderly in Spain, European Journal of Public Health, 24 (4) (pp.668–673)

<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/24/4/668.full.pdf>

Saint-Martín, D., (2004), Del Estado Providencia al Estado de Inversión Social: ¿Un Nuevo paradigma para Engendrar la Economía del Saber?, Foro Internacional 176, XLIV, 2004 (2), (pp 281-300)

<http://aleph.org.mx/jspui/bitstream/56789/22573/1/44-176-2004-0281.pdf>

Sanchez, J. y Cobo, P. (2013), Las reformas de la Valoración de las Situaciones de la Dependencia. Perspectivas de Futuro, Actas de la Dependencia, 7, (pp.5-18).

http://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/interior%20completo_baja.pdf

Sánchez Vizcaíno, G., (2012), Regresión Logística, en Luque, T., (Coord.), Técnicas de Análisis de Datos en Investigación de Mercados, Madrid: Ediciones Pirámide, (pp.431-468)

Saraceno, C., y Keck, W., (2008), The Institutional Framework of Intergenerational Family Obligations in Europe: A Conceptual and Methodological Overview, en Multilinks Project, How Demographic Changes Shape Intergenerational Solidarity, Well-Being, and Social Integration: A Multilinks Framework, an EU-FP7 Project.

<http://www.multilinks-project.eu/>

Sarasa, S., (2005), Ventajas de la Prestación Universal de Servicios sobre las Prestaciones en Dinero y las Prestaciones Basadas en la Demostración de Pobreza: El Caso de la Atención a la Dependencia, en Revista de debate Político, Anuario, (pp. 39-48.)

Sen, A., (1970). Collective Choice and Social Welfare. New York: John Willey .

Sen, A., (2003). Sobre ética y Economía. Madrid: Alianza Editorial. El original en inglés es de 1987.

Serrano, E. (1999), El Teorema de la Posibilidad de Arrow: una mirada desde la teoría de diseño de mecanismos, Ensayos de Economía, 15, (pp 81-109)

Singh, B., y Sahni, B., (1984), Causality Between Public Expenditure and National Income , Review of Economics and Statistics, 66, (pp. 630-644).

Sipilä, J. (2008), Social Investment State: Something Real or Just a New Discourse?, Second Annual RECOWE Integration Week, Oslo, 10-14 June 2008.

http://recwowe.vitamib.com/publications-1/papers/wp04/ploneexfile.2008-06-04.6491796649/preview_popup

Sipilä, J., (2011), The Social Investment State: A New Trend in Social Expenditure or Merely a Popular Political Discourse?, en Cohen, G., Ansell, B., Cox R., y Gingrich, J., Social Policy in the Smaller European Union States, New York: Berghahn Books

Sosvilla, S., (2012): “La atención a la Dependencia: Estimaciones del Gasto Presupuestario y sus Efectos Macroeconómicos, Presupuesto y Gasto Público, 66, (pp.127-148).

Sosvilla, S. y Moral. I., (2011), Estimación de los Beneficiarios de Prestaciones de Dependencia en España y del Gasto asociado a su Atención para 2007-2045”. Gaceta Sanitaria, 25(Suplemento 2), (pp. 66-77)

Sotelo, I. (2010), El Estado sScial. Antecedentes, Origen, Desarrollo y Declive. Madrid: Fundación Alfonso Martín Escudero y Editorial Trotta.

Starke, P., (2008), Radical Welfare State Retrachment. New York: Palgrave Macmillan

Starke, P., Kaasch, A., Van Hooren, F., (2013), The Welfare State as Crisis Manager. Explaining the Diversity of Policy Responses to Economic Crisis, New York: Palgrave Macmillan.

Stiglitz, J., (1988), La economía del sector público, Barcelona: Antoni Bosch editor.

Stiglitz, J., Sen, A., Fitouss, J, et alia (2009) Informe de la Comisión sobre la Medición del Desarrollo Económico y del Progreso Social, CMEPSP, Institut National de la Statistique et de Études Economiques, Francia,

www.ambafrance-es.org/IMG/pdf/Commission_Stiglitz_ES.pdf

Swank, D. (2002), Global Capital, Political Institutions, and Policy Change in Developed Welfare States. Cambridge: Cambridge University Press.

Tarancón, M., (2010), Técnicas de Análisis Input-Output. Toledo: Editorial Club Universitario.

<http://www.taxjustice.net/wp-content/uploads/2014/04/Cost-of-Tax-Abuse-TJN-2011.pdf>

Taylor-Gooby, P., (2002), The Silver Age of the Welfare State: Perspectives on Resilience, *Journal of Social Policy*, 31 (4) (pp. 597-621).

Taylor-Gooby, P. (2004a): "Open markets and welfare values. Welfare values, inequality and social change in the silver age of the welfare state" *European Societies*, 6(1), (pp 29-48).

Taylor-Gooby, P. (2004b), New Risks and social change, en Taylor Gooby, P. (ed.): *New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State*, Oxford: University Press, Oxford, (pp 1-28)

Taylor-Gooby, P., (2012): «A left trilema. Progressive public policy in the age of austerity», Policy network paper.

<http://www.policy-network.net/publications/4156/A-Left-Trilemma>.

Taylor-Gooby, P., (2013): *The Double Crisis of the Welfare State and What We Can Do about It*. London, Palgrave Macmillan.

Taylor-Gooby, P., Gummy, J. y Otto, A., (2015), Can "New Welfare" Address Poverty Through More and Better Jobs?, *Journal of Social Policy*, 44 (01), (pp 83-104).

Therborn, G (1995), *European Modernity and Beyond: The Trajectory of European Societies 1945-2000*. London: Sage Publications.,

Therborn, G, (2012a) *El mundo. Una guía para principiantes*. Madrid: Alianza Editorial. La edición inglesa es de 2010.

Therborn, G, (2012b), *Modernidad, modernización e integración continental*, *Puente a Europa*, Año X, 1, (pp. 7-14).

Titmuss R., (1958), *Essays on the Welfare State*, London: Allen and Unwin.

Titmuss R., (1981), Política social, Barcelona: Ariel. La edición original en inglés es de 1974.

Tribunal de Cuentas (2013): Informe nº 977. Informe de fiscalización de la Gestión Económico-Financiera y de la Aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de Diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Madrid: Tribunal de Cuentas

<http://www.tcu.es/tribunal-de-cuentas/es/search/alfresco/index.html?entrance=FIS>

Tribunal de Cuentas (2014): Informe nº 1035. Informe de Fiscalización sobre las Medidas de Gestión y Control Adoptadas por las CC.AA. para la Adecuada Aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia: Madrid: Tribunal de Cuentas

<http://www.tcu.es/tribunal-de-cuentas/es/search/alfresco/index.html?entrance=FIS>

UNDESA (United Nations, Department for Economic and Social Affairs), (1971). Unified Socio-Economic Development and Planning: Some New Horizons, New York: United Nations.

UNECOSOC (United Nations , Economic and Social Council), (2000). Enhancing Social Protection and Reducing Vulnerability in a Globalizing World: Report of the Secretary General. New York

http://www.unicef.org/lac/spbarbados/Planning/Global/General/csdsocprotect_UN_2001.pdf

Vaalavuo, M., (2013), The Redistributive Impact of “Old” and “New” Social Spending, Journal of Social Policy, 42(3), (pp 513–539).

Vaquerizo, D., Hennekam, H., Eureka/Achmea , Knop, R., Raghallaigh, E., (2011), Situación de los Sistemas de Atención a la Dependencia en la Unión Europea, Proyecto Final del Eureka Management Development Programme. Fundación Caser

<http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/informe-sistemas-de-atencioon-a-la-dependencia-en-la-ue-versioon-espanol.pdf>

Van Berkel, R., Graaf, W. y Sirovatka, T., (eds.) (2011), *The Governance of Active Welfare States in Europe*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Van Kersbergen, K., and Hemerijck, A., (2012), Two Decades of Change in Europe: The Emergence of the Social Investment State, *Journal of Social Policy*, 41(3), (PP 475-492).

Van Kersbergen, K., Vis, B., (2014), *Comparative Welfare State Politics: Development, Opportunities and Reform*, Cambridge: Cambridge University Press.

Vandenbroeck, M. et alia., (2012), Governing Families in the Social Investment State, *International Critical Childhood Policy Studies*, 4(1), (PP 69-85)

Vandenbroucke, F., Hemerijck, A., y Palier, B., (2011), *The EU Needs a Social Investment Pact*, OSE Paper Series, Opinion Paper 5.

http://www.ose.be/files/OpinionPaper5_Vandenbroucke-Hemerijk-Palier_2011.pdf

Vandenbroucke, F., y Vleminckx, K. (2011). 'Disappointing Poverty Trends: is the Social Investmentstate to Blame?', *CSB Working Paper*, 11(01).

http://www.centrumvoorsociaalbeleid.be/sites/default/files/CSB%20Working%20Paper%2011%2001_January%202011_2_0.pdf

Viitanen, T., (2005) *Informal Elderly Care and Female Labour Force Participation across Europe*, ENEPRI Research Report Num 13.

<http://www.enepri.org/files/Reviser/enepri-tarja.pdf>

Vilà, T., (2013), *Evolución y Reforma del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*, *Actas de la dependencia*, 8, (pp.47-68)

http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/revista_numero_8.pdf

Vilaplana, C. (2010), Análisis del Copago en las Prestaciones Económicas del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia”. Actas del XVII Encuentro de Economía Pública Políticas Públicas ante la Crisis. Murcia.

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=550331>

Vilaplana, C., (2011), Estimación del Gasto sanitario y Social en Función de la Dependencia”. Actas del XVIII Encuentro de Economía Pública. Málaga.

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=447472>

Vilaplana, C., (2012), Valoración Económica de las Medidas de Mejora del SAAD Aprobadas en el RD 20/2012, de 13 de julio, Actas de la dependencia, 6, (pp.35-51).

[http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/Actas%20de%20la%20Dependencia
6 noviembre2012.pdf](http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/Actas%20de%20la%20Dependencia%206%20noviembre2012.pdf)

Villaverde, J. y Coto, P., (1998), Port Economic Contributions Impacts, Methodologies and Application to The Port of Santander, en International Journal of Transport Economics, 25, (pp. 159-179).

<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/3610>

Weaver, R., (1986), The Politics of Blame Avoidance, Journal of Public Policy, 6 (4), (pp. 371-398).

Weede, E. (1986), Sectorial Reallocation, Distributional Collations and the Welfare State as Determinants of Economic Growth Rates in Industrialized Democracies, European Journal of Political Research, 14, (pp.501–519).

WHO, World Health Organization, (2001), International Classification of Functioning, Disability and Health, Geneva: World Health Organization.

<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>

Wilensky, H., (1975) Welfare State and Equality: Structural and Ideological Roots of Public Expenditures, Berkeley: University of California Press.

Wincott, D., (2013), The Golden Age of The Welfare State: Interrogating a Conventional Wisdom, *Public Administration*, 91 (4), (pp 806–822),

Zubiri, I., Martínez, J. y Vallejo, M., (2009), El impacto Económico del Gasto en Política Social de la Diputación Foral de Gipuzkoa. Diputación Foral de Gipuzkoa.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1. Eficiencia Económica vs Equidad	63
Gráfico 3.1. Ingresos disponibles ajustados por cohortes de edad y relación con el promedio de la población, en distintos países. Primera década del siglo XXI	162
Gráfico 3.2. Distribución según procedencia de la renta disponible ajustada de los mayores de 65 años. Primera década del siglo XXI	163
Gráfico 3.3. Porcentaje de transferencias públicas en los ingresos ajustados de las personas mayores de 65 años por decilas. Primera década del siglo XXI	164
Gráfico 3.4. Porcentaje que supone el coste de los CLD de baja intensidad en la renta disponible ajustada de las personas a partir de 65 años en diferentes países para distintas decilas. Primera década del siglo XXI.	165
Gráfico 3.5. Porcentaje que supone el coste de los CLD de alta intensidad en la renta disponible ajustada de las personas a partir de 65 años en diferentes países para distintas decilas. Primera década del siglo XXI.	165
Gráfico 3.6. Proyecciones de evolución de las principales franjas de edad de población de la UE-28. 2013-2060 (% sobre total de población)	186
Gráfico 3.7. Empleos de extranjeros en Salud y otros servicios sociales y hogares en % sobre el total del empleo extranjero. Promedio 2005-2006	187
Gráfico 3.8 Síntesis factores determinantes del coste de los Cuidados de Larga Duración	188
Gráfico 4.1. Evolución de las Cuantías máximas de las Prestaciones Económicas para el Cuidado en el Entorno Familiar. 2007-2014	207
Gráfico 4.2. Evolución de la cuantía por dependiente y mes de las aportaciones de la Administración General del Estado como Nivel Mínimo Garantizado. 2007-2014	211
Gráfico 4.3. Evolución de la cobertura del NMG sobre cuantía máxima de PECEF. 2007-2014	212
Gráfico 4.4. Evolución de la financiación aportada por la AGE para el gasto de atención a la dependencia 2007-2013	213
Gráfico 4.5. Evolución beneficiarios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia. 2008- 2014	217
Gráfico 4.6. Distribución de las prestaciones que reciben los dependientes según tipo en 2009 y 2014	218
Gráfico. 4.7. Evolución del porcentaje de Prestaciones Económicas para Cuidado en el Entorno Familiar sobre el total en España. 2008-2014	220
Gráfico 4.8. Personas dependientes atendidas en el hogar. España 2008-2014. % Total	223
Gráfico 4.9. Evolución del gasto en atención a la dependencia, total y por fuentes de financiación 2009-2014. Millones de euros.	241
Gráfico 4.10. Evolución de la distribución de la aportación financiera de las administraciones públicas y de los beneficiarios al gasto en dependencia. 2009-2014, (% sobre el total)	242
Gráfico 4.11. Distribución del ahorro de las reformas del SAAD por administraciones. 2012-2014	247
Gráfico 4.12. Participación del NMG en la financiación de distintas prestaciones de atención a los dependientes	249
Gráfico 4.13. Evolución del empleo en la atención a la dependencia. EPA y afiliación a la Seguridad Social. 2005-2014	259

Gráfico 4.14. Evolución trimestral personas ocupadas en actividades de asistencia en establecimientos residenciales y de servicios sociales sin alojamiento. 2008-2014. (miles de personas)	261
Gráfico 4.15. Evolución de los afiliados a la seguridad social en el ámbito de la dependencia. 2006- 2014. (datos a 31 de diciembre de cada año)	261
Gráfico 4.16. Evolución interanual de la afiliación a la Seguridad Social en el ámbito de la dependencia. 2006-2014.	262
Gráfico 4.17. Evolución interanual acumulada de la afiliación a la seguridad social y de las previsiones de creación de empleo del Libro Blanco de la Dependencia. 2007-2014	263
Gráfico 4.18. Proyecciones de crecimiento de la población total, mayor de 65 años, mayor de 80 años y de personas dependientes en España. 2014-2030. 2014=100	267
Gráfico 4.19. Proyección de crecimiento población dependiente por grado en España. 2014-2030	268
Gráfico 4.20. Proyecciones de evolución de la participación de la población mayor en el total de población de España 2013-2060	268
Gráfico 4.21. Proyecciones de crecimiento de la población mayor de 65 años y de la dependiente en España. 2013-2060. (año 2013=100)	269
Gráfico 4.22. Evolución del número de dependientes en España según distintos escenarios. 2013-2060. (datos en miles)	270
Gráfico 4.23. Estimaciones para España de la evolución del gasto de Cuidados de Larga Duración en % del PIB según distintos escenarios 2013-2060	275
Gráfico 4.24. Proyecciones del gasto público en educación, salud y dependencia en España en porcentaje del PIB, 2013-2060	277
Gráfico 5.1. Evolución de las personas beneficiarias y prestaciones en Andalucía. 2008-2014 (*)	281
Gráfico 5.2. Evolución del peso de las personas mayores de 64 años, mayores de 79, y de personas beneficiarias de prestaciones de atención a la dependencia en Andalucía sobre el total de España. 2009-2014	282
Gráfico 5.3. Evolución de las principales prestaciones de atención a la dependencia en Andalucía. 2008-2014	283
Gráfico. 5.4 Evolución del porcentaje sobre el total de las Prestaciones Económicas para cuidado en el Entorno Familiar. Andalucía y España. 2008-2014	284
Gráfico 5.5. Comparación de la distribución de beneficiarios por prestaciones principales en Andalucía 2009-2014	284
Gráfico 5.6. Porcentaje de personas dependientes atendidas en el hogar. Andalucía y España. 2008-2014	286
Gráfico 5.7. Evolución de la participación de la Junta de Andalucía en el total de gasto público en atención a la dependencia en Andalucía. 2007-2014	289
Gráfico 5.8. Gasto nacional en salud de cuidados de larga duración según países (2009) y comparación con el coste en España y algunas CC.AA. de las prestaciones de dependencia para el año 2011. (% del PIB)	290
Gráfico 5.9. Distribución de las personas dependientes por sexo y edad. Andalucía 2014.	296
Gráfico 5.10. Distribución de la población dependiente por sexo y tramo de renta. Andalucía 2014.	297
Gráfico 5.11. Distribución de la población dependiente por edad y tramos de renta. Andalucía 2014	298
Gráfico 5.12. Distribución de la población dependiente por sexo y grado. Andalucía 2014.	299
Gráfico 5.13. Distribución de la población dependiente por edad y grado. Andalucía 2014	299

Gráfico 5.14. Distribución de la población dependiente por provincia y grado. Andalucía 2014.	300
Gráfico 5.15. Distribución de personas dependientes en cada grado por tramos de renta. Andalucía 2014.	301
Gráfico 5.16. Distribución de personas dependientes por edad y prestación principal. Andalucía 2014.	301
Gráfico 5.17. Distribución de la población dependiente por tramos de renta para cada tipo de prestación principal. Andalucía 2014.	304
Gráfico 5.18. Distribución del gasto entre tramos de renta, hombres y mujeres. Andalucía 2014.	305
Gráfico 5.19. Distribución del gasto por tramos de renta para cada grado. Andalucía 2014.	305
Gráfico 5.20. Distribución del gasto por tramos de renta para cada prestación. Andalucía 2014.	306
Gráfico 5.21. Distribución del gasto en los tramos de renta por prestaciones principales. Andalucía 2014.	307
Gráfico 5.22. Distribución del gasto en atención a la dependencia en Andalucía por agente financiador. 2014	326
Gráfico 5.23 Gasto público en atención a la dependencia en Andalucía según distintos escenarios.2014	328
Gráfico.6.1.Enfoques de modelización en economía	332
Gráfico 6.2. Tabla de Origen	335
Gráfico 6.3. Tabla de destino	336
Gráfico 6.4. Matrices de la Tabla Input-Output	338
Gráfico 6.5. Desagregación de los Efectos del Impacto Económico	344
Gráfico 6.6. Flujos de Gasto y Demanda del Gasto en Dependencia en Andalucía	354
Gráfico 6.7. Estimación del Gasto en Dependencia en Andalucía	356
Gráfico 6.8. Demanda final generada por el Gasto en Dependencia en Andalucía en el Marco de las Tablas Input-Output de Andalucía	357
Gráfico 6.9. Efectos Económicos del Gasto en Dependencia en Andalucía en el Marco de las Tablas Input-Output de Andalucía. Efecto Directo	359
Gráfico 6.10. Distribución del VAB por componentes de la demanda. Efecto Directo	359
Gráfico 6.11. Multiplicador tipo I de la Producción	361
Gráfico 6.12. Multiplicador de tipo I del VAB	361
Gráfico 6.13. Efectos Económicos del Gasto en Dependencia en Andalucía en el Marco de las Tablas Input-Output de Andalucía. Efecto Indirecto	362
Gráfico 6.14. Distribución del PIB por componentes de la demanda. Efecto Indirecto	363
Gráfico 6.15. Multiplicador de tipo II de la Producción	367
Gráfico 6.16. Multiplicador de tipo II del VAB	367
Gráfico 6.17. Efectos Económicos del Gasto en Dependencia en Andalucía en el Marco de las Tablas Input-Output de Andalucía. Efecto Inducido	368
Gráfico 6.18. Distribución del VAB por componentes de la demanda. Efecto Inducido	370
Gráfico 6.19. Efecto Total Multiplicador de la Producción de tipo I y II	372
Gráfico 6.20. Efecto Total Multiplicador del VAB de tipo I y II	373

Gráfico 6.21. Efectos Económicos del Gasto en Dependencia en Andalucía en el Marco de las Tablas Input-Output de Andalucía. Efecto Total	374
Gráfico 6.22. Efectos Económicos desagregados del Gasto en Dependencia en Andalucía en el Marco de las Tablas Input-Output de Andalucía	375
Gráfico 6.23. Distribución del PIB por componentes de la demanda. Efecto Total	377
Gráfico 6.24. Distribución del VAB por componentes de la demanda y por efecto	378
Gráfico 6.25. Puestos de Trabajos Totales y a Tiempo Completo Equivalente por Tipos de Impactos	382
Gráfico 6.26. Cuadro/gráfico Estimación de Inversión por empleo, 2014	389
Gráfico 6.27. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Distribución por sexo. 2014	390
Gráfico 6.28. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Distribución por intervalos de edad. 2014	391
Gráfico 6.29. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Edad Media por sexo. 2014	392
Gráfico 6.30. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Distribución por nivel de estudios. 2014	393
Gráfico 6.31. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Distribución por Experiencia. 2014	395
Gráfico 6.32. Distribución de los dependientes, el gasto y el impacto entre transferencias y servicios, 2014	397
Gráfico A.6.1. Tabla de origen para Andalucía, a precios básicos, incluida una transformación a precios de adquisición	447
Gráfico A.6.2. Tabla de destino para Andalucía	448
Gráfico A.6.3. Tabla input-output simétrica para Andalucía	449

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 2.1. Enfoques de activación: Diferencias entre los enfoques del Workfare y del Welfare	117
Cuadro 2.2. Principales diferencias entre los enfoques Neoliberal, Liberal Inclusivo y la Alternativa Socialdemócrata del enfoque de Inversión Social.	125
Cuadro 3.1. Porcentaje de cuidadores y no cuidadores por situación laboral. 2006.	156
Cuadro 3.2. Estimación el valor del cuidado familiar no remunerado en la Unión Europea. 2006 (billones de euros 2006; % del PIB entre paréntesis)	159
Cuadro 3.3. Estimación del valor del cuidado familiar no remunerado en distintos países de la UE: 2006 (% PIB)	160
Cuadro 3.4. Síntesis de las características de los modelos de CLD en los principales regímenes del Estado del Bienestar	172
Cuadro 3.5. Proyecciones de evolución de la población mayor de 65 años en porcentaje del total en distintos países de la UE. 2013-2060	181
Cuadro 3.6. Porcentaje de población según limitación de las actividades cotidianas, agrupado en personas de 65 a 74 años y a partir de 75 años, datos 2011	182
Cuadro 3.7. Descripción de los distintos escenarios de estimación del número de dependientes y de su coste de atención en Europa en el horizonte 2060	183
Cuadro 3.8. Estimación del número de personas dependientes en el horizonte de 2060 según distintos escenarios	184
Cuadro 3.9. Distribución de los dependientes según tipo de atención que reciben (% sobre el total). 2013	185
Cuadro 3.10. Escenarios de gasto público en atención a la dependencia en la UE-28 y diferentes países el horizonte 2060 (datos en % del PIB 2060, basados en 2013)	189
Cuadro 4.1. Cuantía máxima por dependiente y mes de las Prestaciones Económicas para el Cuidado en el Entorno Familiar 2007-2015 (cuantías mensuales en euros)	207
Cuadro 4.2. Cuantía de las aportaciones por dependiente y mes de la Administración General del Estado como Nivel Mínimo Garantizado 2007-2013	210
Cuadro 4.3. Síntesis de las principales reformas del Sistema de Autonomía y de Atención a la Dependencia creado por la Ley 39/2006	224
Cuadro 4.4. Comparación del gasto en CLD en distintos países de Europa	244
Cuadro 4.5. Distribución del ahorro de las reformas del SAAD por administraciones 2012-2014	246
Cuadro 4.6. Personas ocupadas en actividades de asistencia en establecimientos residenciales y en servicios sociales sin alojamiento. 2008 - 2014	260
Cuadro 4.7. Estimación del potencial de creación de empleo por el desplazamiento de cuidados informales a formales. 2014	265
Cuadro 4.8. Evolución del coste de Cuidados de Larga Duración para atender a la dependencia en España como porcentaje del PIB según distintos escenarios 2013-2060	273
Cuadro 4.9. Comparación de las estimaciones de gasto en 2060 basadas en 2010 y 2013, según distintos escenarios	276
Cuadro 5.1. Evolución del gasto público en atención a la dependencia en Andalucía, 2007-2014. (Millones de euros)	288

Cuadro 5.2. Distribución de las personas dependientes por sexo y cohorte de edad. Andalucía 2014.	295
Cuadro 5.3. Distribución de las personas dependientes por sexo y provincia. Andalucía 2014.	296
Cuadro 5.4. Distribución de las personas dependientes por sexo y prestación principal. Andalucía 2014.	302
Cuadro 5.5. Estimaciones y cálculos sobre el gasto en dependencia en Andalucía	319
Cuadro 5.6. Gasto en atención a la dependencia por tipo de prestación o servicio y distribución entre agentes financiadores en Andalucía 2014.	325
Cuadro 5.7. Gasto en atención a la dependencia por tipo de prestación o servicio total y medio 2014.	326
Cuadro 5.8. Gasto en atención a la dependencia por tipo de prestación o servicio excluida la teleasistencia 2014.	327
Cuadro 6.1. Cuadro Macroeconómico. Efecto Directo. (Miles de euros)	360
Cuadro 6.2. VAB por sectores de actividad. Efecto Indirecto	364
Cuadro 6.3. Cuadro Macroeconómico. Efecto Indirecto. (Miles de euros)	365
Cuadro 6.4. VAB por sectores de actividad. Efecto Inducido	369
Cuadro 6.5. Cuadro Macroeconómico. Efecto Inducido (Miles de euros)	371
Cuadro 6.6. VAB por sectores de actividad. Efecto Inducido	376
Cuadro 6.7. Cuadro Macroeconómico. Efecto Total (Miles de euros)	379
Cuadro 6.8. Cuadro Empleo Total por tipos de efecto: Directo, Indirecto, Inducido y Total	383
Cuadro 6.9. Cuadro Empleo Total a Tiempo Completo Equivalente por tipos de efecto: Directo, Indirecto, Inducido y Total	384
Cuadro 6.10. Cuadro Estimación de Empleo Total, 2014	386
Cuadro 6.11. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Distribución por provincias. 2014	393
Cuadro 6.12. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Distribución por nivel de estudios e intervalos de edad, 2014	394
Cuadro 6.13. Personas que han solicitado su acreditación profesional en el ámbito de la dependencia. Distribución por experiencia y edad, 2014	396
Cuadro 6.14. Tipos de cotización y de desempleo	401
Cuadro 6.15. Retorno fiscal asociado al gasto en atención a la dependencia	401
Cuadro 6.16. Retorno fiscal asociado al gasto en atención a la dependencia. Efecto directo (%)	402
Cuadro 6.17. Retorno fiscal asociado al gasto en atención a la dependencia. Efecto indirecto.	403
Cuadro 6.18. Retorno fiscal asociado al gasto en atención a la dependencia. Efecto inducido.	403
Cuadro 6.19. Distribución del impacto sobre la recaudación tributaria entre AA.PP.	405
Cuadro 6.20. Distribución del impacto sobre la recaudación tributaria entre AA.PP. Efecto directo.	405
Cuadro 6.21. Distribución del impacto sobre la recaudación tributaria entre AA.PP. Efecto indirecto.	406
Cuadro 6.22. Distribución del impacto sobre la recaudación tributaria entre AA.PP. Efecto inducido.	406
Cuadro 6.23. Impacto fiscal neto en AGE y C.A. Efecto directo.	409
Cuadro 6.24. Impacto fiscal neto en AGE y C.A. Efecto indirecto.	409

Cuadro 6.25. Impacto fiscal neto en AGE y C.A. Efecto inducido.	410
Cuadro 6.26. Impacto fiscal neto en la Administración General del Estado y en la Comunidad Autónoma de Andalucía	411
Cuadro 6.27. Estadísticos descriptivos y test chi-cuadrado según prestación principal recibida	418
Cuadro 6.28. Regresión logística para la prestación económica de cuidados en el entorno familiar (PECEF)	420
Cuadro 6.29. Regresión logística para la prestación económica vinculada al servicio (PEVS)	421
Cuadro 6.30. Regresión logística para el servicio de atención a domicilio (SAD)	422
Cuadro 6.31. Regresión logística para el servicio de atención residencial a discapacitados (SARD)	423
Cuadro 6.32. Regresión logística para el servicio de atención residencial a mayores (SARM)	424
Cuadro 6.33. Regresión logística para el servicio de unidad de estancia diurna (UED)	425
Cuadro 6.34. Regresión logística multinomial para la recepción de prestaciones (Referencia: prestación económica de cuidados en el entorno familiar, PECEF)	427
Cuadro A.6.1. Correspondencia entre los productos en la Tabla Simétrica input-output y la matrices de origen y destino del MIOAN-2010 y CNAE 2009	450
Cuadro A.6.2. Correspondencia de sectores con ramas MIAM-2010	452
Cuadro A.6.3. Cuadro Macroeconómico. Efecto total del gasto en servicios. Miles de euros	453
Cuadro A.6.4. Cuadro Macroeconómico. Efecto total del gasto en trasferencias (PECEF). Miles de euros	454
Cuadro A.6.5. IRPF Andalucía 2013 y tasa de variación en IRPF devengado 2014/2013	455
Cuadro A.6.6. Cuota media total	456
Cuadro A.6.7 Proporción entre cuota estatal/cuota autonómica 2013	456
Cuadro A.6.8. Principales partidas de liquidación del IRPF Andalucía	457
Cuadro A.6.9 Renta bruta de los hogares e IRPF	458
Cuadro A.6.10. Principales variables de la liquidación del IVA por sectores	459
Cuadro A.6.11. IVA devengado, tipos efectivos e ingresos en caja	460
Cuadro A.6.12. Principales variables del impuesto de sociedades	461
Cuadro A.6.13. Especiales	462
Cuadro A.6.14. Impuestos especiales: consumos e ingresos	463
Cuadro A.6.15. Impacto sobre el índice ITE, el Fondo de Garantía, el Fondo de Suficiencia Global y el Fondo de Cooperación	464
Cuadro A.6.16. Impacto para Andalucía en los Fondos de Garantía, Suficiencia y Cooperación	465

ÍNDICE DE MAPAS

Mapa 5.1 Tasas de Envejecimiento en Andalucía por ZTS	311
Mapa 5.2. Indicador de dependientes en Andalucía sobre mayores de 65 años por ZTS	313
Mapa 5.3 Indicador de especialización de las ZTS por usuarios PECEF Andalucía	316
Mapa 5.4 Indicador de especialización de las ZTS por gasto total en PECEF Andalucía	317